

RAPPORT ANNUEL **DE GESTION**

2016

2017

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

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.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des sigles et des acronymes</i>	5
1. MESSAGE DES AUTORITÉS	6
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	8
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	9
3.1 L'établissement	9
Vocation suprarégionale	10
Organigramme du CISSS de l'Outaouais au 31 mars 2017.....	11
3.2 Le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais	12
3.3 Les comités, les conseils et les instances consultatives	13
3.4 Les comités relevant du conseil d'administration.....	13
Comité de gouvernance et d'éthique.....	13
Comité de révision	13
Comité de vérification	14
Comité de vigilance et de la qualité	14
Comité des ressources humaines.....	15
3.5 Les conseils professionnels	15
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	15
Conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	16
Conseil multidisciplinaire (CM)	16
Conseil des sages-femmes (CSF)	17
3.6 Les autres comités.....	17
Comité de gestion des risques stratégique.....	17
Comité d'éthique à la recherche.....	18
Comité des usagers du Centre intégré (CUCI).....	19
3.7 Les faits saillants.....	20
Portrait par direction.....	21
4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	39
4.1 Les résultats du chapitre III (Les attentes spécifiques)	39
4.2 Les résultats du chapitre IV (Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du plan stratégique 2015-2020 du MSSS)	54

5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	64
5.1 L'agrément	64
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	65
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement	73
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	75
5.5 L'information et la consultation de la population	75
6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	76
7. LES RESSOURCES HUMAINES	78
7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais	78
7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais	79
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	80
8.1 Les états financiers	80
8.2 L'équilibre budgétaire	127
8.3 Les contrats de services	127
9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	128
10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	148
ANNEXE – Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	154

Liste des sigles et des acronymes

<i>BCM</i>	Bilans comparatifs de médicaments
<i>CECM</i>	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
<i>CÉR</i>	Comité d'éthique de la recherche
<i>CHSLD</i>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<i>CII</i>	Conseil des infirmières et infirmiers
<i>CISSS</i>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<i>CJO</i>	Centres jeunesse de l'Outaouais
<i>CLSC</i>	Centre local de services sociaux
<i>CM</i>	Conseil multidisciplinaire
<i>CMDP</i>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<i>CMO</i>	Campus Médical Outaouais
<i>CPQS</i>	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
<i>CR</i>	Comité des résidents
<i>CRD</i>	Centre de réadaptation en dépendance
<i>CRDS</i>	Centre de répartition des demandes de service
<i>CRSP</i>	Comité régional sur les services pharmaceutiques
<i>CSF</i>	Conseil des sages-femmes
<i>CU</i>	Comité des usagers
<i>CUCI</i>	Comité des usagers du centre intégré
<i>DCI</i>	Dossier clinique informatisé
<i>DDIDPTSA</i>	Direction des programmes en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme
<i>DERUR</i>	Direction de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche
<i>DG</i>	Direction générale
<i>DGA</i>	Directeur-général adjoint
<i>DJ</i>	Direction des programmes jeunesse
<i>DL</i>	Direction de la logistique
<i>DPJ</i>	Direction de la protection de la jeunesse
<i>DQEPE</i>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
<i>DRHCAJ</i>	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
<i>DRI</i>	Direction des ressources informationnelles

<i>DRMG</i>	Département régional de médecine générale
<i>DSAPA</i>	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
<i>DSI</i>	Direction des soins infirmiers
<i>DSM</i>	Direction des services multidisciplinaires
<i>DSMD</i>	Direction des programmes santé mentale et dépendance
<i>DSP</i>	Direction des services professionnels
<i>DSPu</i>	Direction de santé publique
<i>DSQ</i>	Dossier Santé Québec
<i>DST</i>	Direction des services techniques
<i>EGI</i>	Entente de gestion et d'imputabilité
<i>ETC</i>	Équivalent temps complet
<i>GMF</i>	Groupe de médecine de famille
<i>LMRSSS</i>	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
<i>LSJPA</i>	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
<i>LSSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<i>MRC</i>	Municipalités régionales de comté
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>PAR</i>	Plan d'action régional
<i>PGPS</i>	Politique gouvernementale de prévention en santé
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires
<i>RI</i>	Ressources informationnelles
<i>RI-RTF</i>	Ressource intermédiaire – ressource de type familial
<i>RLRQ</i>	Recueil des Lois et des Règlements du Québec
<i>RPA</i>	Résidence privée pour aînés
<i>RSPO</i>	Règle particulière de la sécurité organisationnelle
<i>RTF</i>	Ressources de type familial
<i>SAD</i>	Soins à domicile
<i>SIV</i>	Système d'intensité variable
<i>TGC</i>	Trouble grave du comportement
<i>TROCAO</i>	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais

1. MESSAGE DES AUTORITÉS



Mme Lucie Lalonde
Présidente du conseil
d'administration



M. Jean Hébert
Président-Directeur
général

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais a connu une deuxième année d'existence marquée par des défis importants, mais aussi des réalisations dont nous pouvons tous être fiers.

L'intégration des missions des anciens établissements dans des parcours cliniques améliorés, l'amélioration du niveau de services aux citoyens, le soutien et le développement des ressources humaines et le maintien de l'équilibre budgétaire ont constitué les défis importants auxquels nous avons dû faire face. Quatre trajectoires cliniques ont été ciblées dans nos priorités, soit les services en communauté, les urgences, l'hospitalisation ainsi que l'hébergement et le soutien à domicile.

Chemin faisant, le CISSS de l'Outaouais s'est doté d'outils pour suivre sa progression, telle que la salle de pilotage stratégique qui s'est articulée autour de nos quatre axes de déploiement des services à la population que sont l'accessibilité, la fluidité, la qualité et l'efficacité.

La fluidité des services a retenu une grande partie de notre attention avec une situation de débordement en urgence, hospitalisation et hébergement, causée par une augmentation importante de « patients NSA » (des personnes qui ne nécessitent plus de soins de courte durée, mais qui continuent d'occuper des lits en attendant leur admission dans un milieu de soins plus approprié comme les services à domicile ou un établissement de soins en hébergement). Des efforts soutenus ont été investis, avec l'appui financier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) nous permettant de réduire, de 191 à 80 le nombre de patients NSA entre janvier et mars 2017.

Le MSSS annonçait aussi une excellente nouvelle pour les usagers hébergés et les personnes âgées en perte d'autonomie. Pour soutenir une offre de services accrue et améliorer les soins et les services offerts dans nos 14 CHSLD publics, nous avons obtenu un investissement de 2,8 M \$ destiné à l'embauche de personnel infirmier et de préposés aux bénéficiaires.

En février 2017, une visite d'inspection d'Agrément Canada a permis d'identifier des quantités d'actions à poser pour poursuivre notre engagement vers l'amélioration de la qualité. La visite s'est soldée par le maintien du statut d'organisme agréé, grâce au travail continu de tous, avec un taux de conformité de 81 % pour l'ensemble des normes évaluées. La gestion des médicaments, la gouvernance, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la réadaptation ont affiché des taux de conformité d'au-delà de 90 %.

Au point de vue financier, nous prévoyons maintenir l'équilibre budgétaire pour une deuxième année consécutive, malgré des défis importants reliés notamment au rapatriement en Outaouais de services qui étaient consommés en Ontario par les résidents de l'Outaouais. En effet, pour une première année, le CISSS de l'Outaouais a réussi à renverser cette tendance. L'atteinte de l'équilibre budgétaire a été possible grâce aux efforts des gestionnaires et du personnel engagés vers l'efficacité.

Également, nous ne pouvons passer sous silence la transformation vécue chez nos partenaires syndicaux qui sont passés de quarante-deux (42) à quatre (4) instances syndicales : la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) pour le personnel de catégorie 1, la CSN (catégorie 2 et catégorie 3) et l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) (catégorie 4). Les relations de travail ont une influence majeure dans le déploiement de nos services et c'est avec un esprit de collaboration réciproque que nous discutons avec nos représentants syndicaux.

L'année 2016-2017 s'est terminée par une période difficile pour nos équipes soignantes et nos directions soutien, puisque trois évacuations majeures ont eu lieu en moins de deux mois :

- Évacuation de 79 patients à l'hôpital Pierre-Janet le 3 février 2017 en raison d'un bris de tuyaux de plomberie;
- Évacuation de 28 patients et usagers à l'hôpital de Hull le 23 mars 2017 en raison d'un bris de tuyaux de plomberie;
- Évacuation de 66 résidents au CHSLD de Maniwaki (Foyer Père-Guinard) au printemps 2017 en raison des inondations causées par le débordement de la rivière Désert.

Ces événements ont mis en lumière l'efficacité de nos plans de mesure d'urgence, mais surtout le professionnalisme, la collaboration, l'engagement et la bienveillance de notre personnel, de nos gestionnaires, des médecins, dentistes et pharmaciens, des bénévoles et des instances syndicales impliquées.

Après cette année fertile en projets et en émotions, nous entamons quantité de défis dont plusieurs gravitent autour de nos grandes priorités pour l'année 2017-2018 : les ressources humaines, la situation des patients NSA et la gestion de proximité. Cependant, pour une première fois depuis sa création, le CISSS de l'Outaouais n'aura pas de cible d'optimisation à atteindre et bénéficiera d'une indexation de son budget, de même que de budgets de développement.

Nous tenons à souligner l'apport inestimable de tout le personnel, des gestionnaires, des médecins, dentistes et pharmaciens, des bénévoles, de même que des membres du conseil d'administration. C'est grâce à l'implication de tous que nous avons tant accompli au cours de la dernière année et c'est ensemble que nous débuterons une nouvelle année qui s'annonce elle aussi fertile.

Le mot final s'adresse à la population de l'Outaouais, notre raison d'être. Merci à vous tous de participer activement en tant que partenaires des soins de santé et des services sociaux.

Bonne lecture!

La présidente du conseil
Lucie Lalonde

Le président-directeur général
Jean Hébert

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel 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 2017.

Le président-directeur général,

Jean Hébert

3. 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 est né le 1^{er} avril 2015 de l'intégration de cinq (5) Centres de santé et de services sociaux, soit : Gatineau, Pontiac, Les-Collines-de-l'Outaouais, Vallée-de-la-Gatineau et Papineau), ainsi que d'un Centre de réadaptation (la RessourSe), d'un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement (Pavillon du Parc), d'un Centre de réadaptation en dépendance (CRDCO), des Centres jeunesse de l'Outaouais et de l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, suivant l'adoption 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.

Le siège social est situé à l'adresse suivante :

80 avenue Gatineau
Gatineau (Québec) J8T 3J4

La Mission du CISSS de l'Outaouais

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

La Vision du CISSS de l'Outaouais

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

Pour ce faire :

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

Les Valeurs du CISSS de l'Outaouais

Bienveillance

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

Professionnalisme

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

Collaboration

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

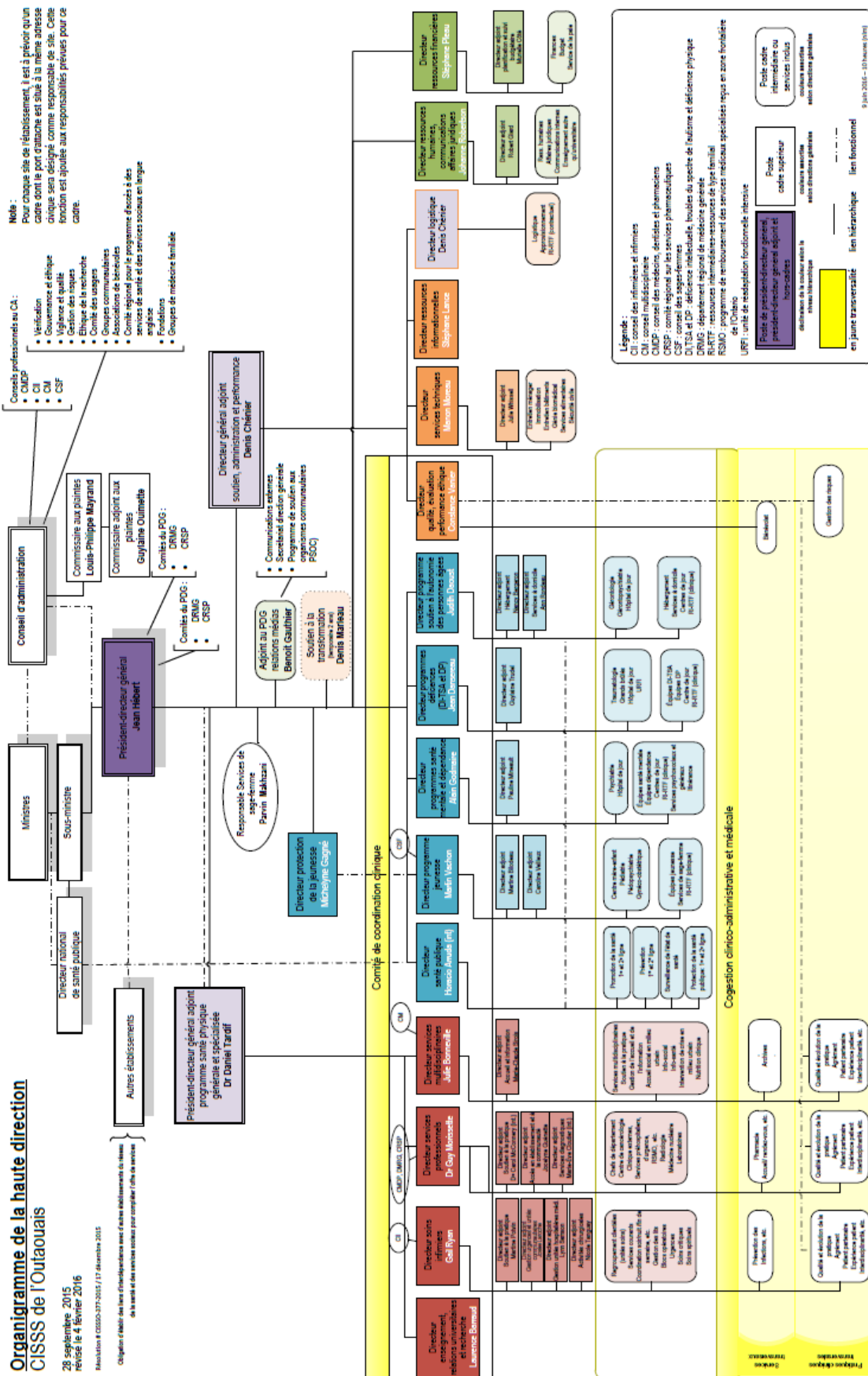
Engagement

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

Vocation suprarégionale

Le seul service ultraspécialisé à vocation suprarégionale est offert par le département de radio-oncologie du CISSS de l'Outaouais. Outre la population de l'Outaouais, le CISSS de l'Outaouais dessert également la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour les traitements de radiothérapie.

Organigramme du CISSS de l'Outaouais au 31 mars 2017



3.2 Le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais

Membres désignés

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

Membres nommés

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

Membres indépendants

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

Membre observateur

- M^{me} Louise Poirier - Fondation

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

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

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, personne révoquée ou suspendue.

3.3 Les comités, les conseils et les instances consultatives

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	
• Comité de gouvernance et d'éthique; • Comité de révision; • Comité de vérification; • Comité de vigilance et de la qualité; • Comité des ressources humaines.	
LES CONSEILS PROFESSIONNELS	LES AUTRES COMITÉS
• Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP); • Conseil des infirmières et infirmiers (CII); • Conseil multidisciplinaire (CM); • Conseil des sages-femmes (CSF).	• Comité de gestion des risques stratégique (CGRI); • Comité d'éthique de la recherche (CÉR); • Comité des usagers du centre intégré (CUCI).

3.4 Les comités relevant du conseil d'administration

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

Comité de révision

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

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

Comité de vérification

Le comité de vérification a notamment pour fonctions de :

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

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

Comité de vigilance et de la qualité

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

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

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
3. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. veiller à ce que le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3).

Membres : M^{me} Murielle Laberge, présidente, M. Jean Hébert, président-directeur général, M^{me} Sylvie Rocheleau, secrétaire, M^{me} Judy Millar, M. Gilbert W. Whiteduck et M. Louis-Philippe Mayrand, commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Concernant le suivi des recommandations du comité de vigilance et de la qualité, les détails se retrouvent à la section 5.2 intitulé : « La sécurité et la qualité des soins et des services ».

Comité des ressources humaines

Le comité des ressources humaines a notamment pour fonctions de :

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

Membres : M. Michel Hébert, M^{me} Sylvie Rocheleau, M^{me} Murielle Laberge, M. Mathieu Nadeau et M. Jean-François Trépanier.

3.5 Les conseils professionnels

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a tenu onze (11) séances ordinaires, soit une par mois, en plus d'une assemblée générale annuelle. Le CMDP regroupe 657 membres (562 membres actifs, 73 membres associés, 21 membres-conseils et 1 membre honoraire).

La composition du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au 31 mars 2017 se lit comme suit :

• D^{re} Guylène Thériault, présidente • D^{re} Valérie Guilbault, vice-présidente • D^{re} Ruth Vander Stelt, secrétaire • M^{me} Audrey Boisvert, trésorière • D^{re} Geneviève Gagnon • D^{re} Marie-Hélène Verreault • D^{re} Sylvie Brousseau • D^{re} Dorothée Leduc	• D^r Jérôme Champvillard • D^r Simon Taillefer • D^r Henri Gaspard • D^r Mohammed Amahzoune • D^r Guy Morissette, directeur des services professionnels • M. Jean Hébert, président-directeur général
---	---

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais a été constitué officiellement en juin 2016. Afin d'assurer son mandat, le comité exécutif du CII a tenu six (6) rencontres régulières et une (1) rencontre extraordinaire. De plus, le CECII a appuyé et soutenu les activités du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires. La composition du CECII au 31 mars 2017 se lit comme suit :

• M^{me} Isabelle Landry, présidente • M^{me} Émilie Delisle, vice-présidente • M^{me} Marjolaine Lauriault, secrétaire • M^{me} Alexandrine Alexandre, trésorière • M. Bertrand Dureau, officier • M^{me} Dominique Lévesque, officier • M^{me} Josée Desrivières, officier	• M^{me} Monique Masseau, officier • M^{me} Sara Falardeau, officier • M^{me} Gail Ryan, directrice des soins infirmiers • M^{me} Martine Potvin, membre observateur • M. Jean Hébert, président-directeur général • D^r Daniel Tardif, président-directeur général adjoint, membre observateur
--	--

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le CM compte environ 2 200 membre titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Le conseil multidisciplinaire a tenu onze (11) rencontres en 2016-2017 en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil multidisciplinaire au 31 mars 2017 se lit comme suit :

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

Conseil des sages-femmes (CSF)

Le Conseil des sages-femmes a tenu neuf (9) rencontres en 2016-2017 en plus d'une assemblée générale annuelle. La composition du comité exécutif du conseil des sages-femmes au 31 mars 2017 se lit comme suit :

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

3.6 Les autres comités

Comité de gestion des risques stratégique

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

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

La composition du comité de gestion des risques stratégique se lit comme suit :

• M^{me} Constance Vanier, présidente • M^{me} Guylaine Trudel, vice-présidente • M^{me} Julie Whissell, secrétaire • M. Stéphane Asselin • Mme Laurence Barraud • D^r Jean-Pierre Courteau • M^{me} Lyne Cousineau • M^{me} Suzanne Denis • M^{me} Martine Dumais • D^{re} Karine Sylvie Lemieux	• M^{me} Colette Morin • M^{me} Sophie Potvin • M. Marcel Prévost • M^{me} Anik Rioux • M^{me} Johanne Robertson • M^{me} Lisa Robitaille • M^{me} Sylvie Rocheleau • M^{me} Anne Samson • M^{me} Anne-Renée Simoneau • M. Jean Hébert, président-directeur général
--	--

Concernant le suivi des recommandations du comité de gestion des risques stratégique, les détails se retrouvent à la section 5.2 intitulé : « La sécurité et la qualité des soins et des services ».

Comité d'éthique à la recherche

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

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

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

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

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

Les membres du CÉR du CISSS de l'Outaouais se sont réunis à 7 reprises durant l'année 2016-2017 afin d'évaluer seize (16) nouveaux projets de recherche en plus d'assurer le suivi de cent-onze (111) projets actifs.

La composition du comité d'éthique à la recherche se lit comme suit :

• M^{me} Sylvie Marchand, présidente • M. Henri Fournier, vice-président • M. Guy Beauchamp, secrétaire • D^r Robert Archambault • M^{me} Marie-Sophie Desaulniers • M^{me} Marie-Claude Fournier • M^{me} Catherine Janelle	• M^{me} Zoya Kolody • M^{me} Véronique Nabelsi • M. Jean-Philippe Tremblay • M^{me} Lucie Villeneuve • M. Marc Cauchon (suppléant) • M^e Frédérick Langlois (suppléant) • M^{me} Yaël Sebban (suppléante)
--	--

Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Les membres du CUCI ont tenu neuf (9) rencontres régulières au cours de l'année 2016-2017. Trois (3) recommandations ont été adressées par le CUCI en cours d'année au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais pour l'amélioration de la qualité des services en lien avec le mandat des comités des usagers :

1. Que le CISSS de l'Outaouais s'assure d'un accès équitable aux services dans toute la région et de l'adaptation de ces services aux caractéristiques propres à chacun des milieux;
2. Que le CISSS de l'Outaouais tienne compte dans ses prises de décision des spécificités des communautés, particulièrement dans les territoires ruraux;
3. Que le CISSS de l'Outaouais communique, de façon claire et continue, les informations pertinentes aux usagers.

Membres du comité	Rôle
Huguette Cloutier	Présidente du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations du territoire des Collines
Sylvie Rocheleau	Vice-présidente du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations du CRR La RessourSe
Anne Bélisle	Trésorière du comité exécutif du CUCI Représentante du comité des utilisateurs de l'Hôpital Pierre-Janet
Vacant	Secrétaire du comité exécutif du CUCI Représentante du CU des installations du territoire de la Vallée-de-la-Gatineau
Claire Major	Représentant du CU des installations du territoire de Gatineau
Germain Charron	Représentant du CU des installations du territoire de Papineau
Vacant	Représentante du CU des installations du territoire du Pontiac
Hélène Béland	Représentante du CU des installations DI-TSA
Marcel Pelletier	Représentant du CU des installations du CRD de l'Outaouais
Vacant	Représentante du CU des installations des CJO
Ronald Nitschke	Représentant des CR des installations du territoire de Gatineau
Vacant	Représentant des CR des installations du territoire des Collines
Lucie Brazeau	Représentante des CR des installations du territoire de Papineau
Vacant	Représentant des CR des installations du territoire du Pontiac
Vacant	Représentante des CR des installations du territoire de la Vallée-de-la-Gatineau

3.7 Les faits saillants

L'année 2016-2017 a été marquée par l'intégration des missions des anciens établissements dans des parcours cliniques améliorés, l'amélioration du niveau de services aux citoyens, le soutien et le développement des ressources humaines et le maintien de l'équilibre budgétaire.

De façon concise, voici les faits saillants :

- diminution du nombre de « patients NSA¹ » : de 191 en janvier 2017 à 80 au 31 mars 2017;
- annonce d'un investissement récurrent de 2,8 M\$ en hébergement et en soutien à domicile pour l'embauche de personnel infirmier et de préposés aux bénéficiaires;
- visite d'inspection d'Agrément Canada et maintien du statut d'organisme agréé;
- lancement du nouveau site Web du CISSS de l'Outaouais (<http://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca>);
- trois évacuations majeures de clientèle entre février et début du printemps 2017 :
 - évacuation de 79 patients à l'hôpital Pierre-Janet le 3 février 2017 en raison d'un bris de tuyaux de plomberie;
 - déplacement temporaire de 28 patients et usagers à l'hôpital de Hull le 23 mars 2017 en raison d'un bris de tuyaux de plomberie;
 - évacuation de 66 résidents au CHSLD Maniwaki (Foyer Père Guinard) au printemps 2017 en raison des inondations causées par le débordement de la rivière Gatineau.

Principaux enjeux du CISSS de l'Outaouais

Les principaux enjeux gravitent autour des priorités organisationnelles qui sont :

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

Pour 2016-2017, les grandes priorités organisationnelles ont été déclinées via les quatre trajectoires cliniques jugées prioritaires :

- **Services en communauté** – L'amélioration du parcours des usagers en communauté constituait une priorité dont les travaux se concentraient à l'accueil communautaire des usagers, à l'analyse

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

du parcours des grands utilisateurs de l'urgence, et à la médecine en communauté (prise en charge des groupes de médecine familiale, pédiatrie sociale et cliniques médicales).

- **Les urgences** – La pratique médicale, les délais des interventions, les délais de consultation en spécialités ainsi que les cliniques ambulatoires et accueil-orientation clinique ont été identifiés comme des leviers majeurs cadrant dans la trajectoire clinique des urgences.
- **L'hospitalisation** – Le parcours des usagers admis dans un lit de courte durée est analysé en fonction des durées moyennes de séjour. Les moyens ciblés dans cette priorité organisationnelle étaient la gestion des lits, l'harmonisation des trajectoires de services, les rôles et l'imputabilité des membres des équipes de soins ainsi que la révision et l'intégration des outils cliniques de gestion de dossiers et de suivi statistique.
- **L'hébergement et le soutien à domicile** – L'accès et la fluidité des services adaptés aux besoins de la clientèle en services post-hospitaliers ont un impact important sur le parcours de et l'orientation des usagers selon le niveau de soins requis.

Pour l'année 2017-2018, le CISSS de l'Outaouais a ciblé quatre grandes priorités:

- **Les ressources humaines** - Afin de réaliser sa mission, le CISSS de l'Outaouais compte sur l'expertise, la disponibilité, le talent et l'engagement de son personnel. Ainsi, l'accessibilité à une main-d'œuvre qualifiée au moment opportun demeure un enjeu crucial au sein de notre établissement. En effet, dans un contexte de rareté de ressources, il importe, en plus d'agir sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, de mettre en œuvre et maintenir une approche optimale de la gestion de la présence au travail.
- **La situation des patients NSA** - Les efforts doivent se poursuivre pour diriger vers les milieux de soins plus appropriés ces « patients NSA » qui ne nécessitent plus de soins de courte durée, mais continuent d'occuper des lits de courte durée. Les services à domicile, les établissements de soins en hébergement, par exemple, constituent des milieux plus adéquats pour eux. Rediriger le patient vers le bon service permet aux patients NSA d'être mieux desservis, mais aussi de libérer des lits de courte durée pour les autres clientèles.
- **La gouvernance de proximité** – Rapprocher le pouvoir décisionnel des besoins de la clientèle, en rendant notamment les gestionnaires plus aptes à prendre des décisions efficaces, de façon transversale entre les différentes directions.
- **Le maintien de l'équilibre budgétaire** demeure une priorité qui témoigne d'une juste utilisation des ressources disponibles.

Portrait par direction

Au CISSS de l'Outaouais, on retrouve quatre (4) directions programmes santé physique générale et spécialisée, six (6) directions programmes sociaux et de réadaptation, quatre (4) directions soutien, administration et performance et deux (2) directions administratives. Ces directions sont responsables de l'ensemble des services offerts à la population de l'Outaouais, qui comptait 389 496 habitants en 2015. Dans les pages qui suivent, vous trouverez une description plus détaillée des services offerts, des enjeux 2017-2018 de même que les réalisations 2016-2017 et leur lien avec la planification stratégique 2015-2020, distribués par direction.

Directions programme santé physique générale et spécialisée

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

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

- un centre de recherche comprenant un bureau de la recherche et des axes de recherche, un comité scientifique et une assemblée des chercheurs;
- un service de coordination de tous les stages cliniques (universitaires, collégiaux et centres de formations professionnelles), soit médicaux, en soins infirmiers et en services professionnels;
- deux cliniques offrant des services de santé en communauté combinant une mission d'enseignement;
- des activités de développement de la mission universitaire et de transfert de connaissances.

Au total, on compte plus de 3 000 stages par an sur tout le territoire de l'Outaouais dont environ 800 en médecine, 2 000 en soins infirmiers et 300 en services professionnels.

Enjeu :

- Mise en place du Campus Médical Outaouais (CMO) en respectant le projet de départ, le budget et l'échéancier.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe de la planification stratégique relié</i>
1. Démarrage du projet Campus Médical Outaouais (CMO)	Organisation et efficacité
2. Transformation de l'UMF/GMF de Gatineau en GMF-U avec 24 résidents en médecine de famille	Première ligne et urgence
3. Déploiement de nos bibliothèques pour l'ensemble du territoire	Sécurité et pertinence
4. Réactivation du Consortium Campus Santé Outaouais avec le comité stratégique et le comité des ressources humaines	Organisation et efficacité
5. Journée de la recherche le 3 juin 2016	Organisation et efficacité
6. Journée de l'UQO – CISSS de l'Outaouais sur la collaboration interprofessionnelle le 2 décembre 2016	Organisation et efficacité
7. Adoption de la nouvelle politique de stage du CISSS de l'Outaouais	Organisation et efficacité

Direction des soins infirmiers (DSI)

La DSI se divise en deux grands axes de service, soit la pratique professionnelle et les services directs à la population.

Concernant la pratique professionnelle, la DSI, en partenariat avec la Direction des services professionnels (DSP) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM), fait le lien avec les ordres professionnels et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Outaouais, les maisons d'enseignement et les forums sur les meilleures pratiques. La pratique professionnelle assume également la gestion de la prévention des infections pour l'ensemble de nos sites de services.

En ce qui concerne les services à la population, la DSI assume :

- la gestion des urgences et services communautaires incluant la gestion des services dans les huit salles d'urgence du territoire ainsi que les services de première (1^{ère}) ligne en santé courante (ex. antibiothérapie), les maladies chroniques et soins palliatifs et les services en centre de détention;
- la gestion des unités d'hospitalisation sur tout le territoire répartie dans six (6) hôpitaux ainsi que les services en spécialités dont : la néphrologie, la cardiologie et les soins intensifs;
- la gestion des blocs opératoires dans cinq (5) hôpitaux selon l'offre de services qui varie d'un centre à l'autre, ainsi que l'endoscopie. Enfin, nous assumons la gestion des services de cancérologie en centre régional et en centre de proximité (chimiothérapie).

Enjeux :

- Maintenir une gestion et redéfinir une offre de service de proximité;
- Assurer le transfert de connaissances par le soutien technologique;
- Orienter le bon patient au bon endroit.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Soutien à la pratique – Déploiement du droit de prescrire et élaboration de deux règles de soins : programme de lavage des mains en prévention des infections et soins de plaie	Sécurité et pertinence
2. Gestion des unités hospitalières et des services spécialisés - Actualisation de la réorganisation des soins intensifs aux hôpitaux de Hull et Gatineau; optimisation de la trajectoire clinique niveau 3	Services spécialisés Organisation et efficience
3. Gestion des urgences et des unités communautaires - Augmentation de la performance des urgences en Outaouais malgré le débordement; modification de la structure et réorganisation du travail	Première ligne et urgence Organisation et efficience
4. Gestion des urgences et des unités communautaires - Mise en place des cliniques de pneumologie ambulatoire et service d'échographie endobronchique (EBUS) offert à la clientèle de l'Outaouais; hôpital de Hull et clinique ITSS en juin 2016	Services spécialisés
5. Gestion des activités chirurgicales et cancérologie - Mise en place des gouvernes du réseau de la cancérologie et des activités chirurgicales et amorce d'épuration des listes d'attente en endoscopie	Services spécialisés Organisation et efficience

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

La direction des services multidisciplinaires (DSM) compte quatre (4) volets qui sont : le soutien à la pratique professionnelle, l'accueil psychosocial, l'Info-Social et l'Info-Santé, les réceptions et archives ainsi que la gestion de l'information.

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

L'Info-Social et l'Info-Santé sont des services de consultations téléphoniques disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ils donnent accès à l'expertise d'une infirmière pour les enjeux de santé physique et à un intervenant social pour les enjeux psychosociaux. L'accueil psychosocial constitue la porte d'entrée principale des demandes d'aide de nature psychosociale offertes en CLSC.

Le service réceptions et archives assure la gestion de tous les dossiers des usagers du CISSS de l'Outaouais. Le volet de la gestion de l'information est responsable de l'ensemble de la classification et de la conservation de tous les types de documents du CISSS de l'Outaouais (cliniques et administratifs). Ce service assure aussi la transcription des diagnostics (pathologie, imagerie, etc.) de tous les services d'analyse médicale.

Enjeux :

- Assurer la rétention du personnel;
- Maintenir un équilibre entre les ressources financières, la disponibilité du personnel et l'augmentation des besoins des directions soutenues par la DSM, tant pour le volet de la pratique professionnelle que ceux des archives et la gestion de l'information clinique.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Révision du modèle de l'accès aux services psychosociaux et de réadaptation du CISSS afin d'améliorer la fluidité. La DSM en collaboration avec les directions programmes a élaboré un modèle intégrateur des services d'accueil social afin d'assurer une réponse adaptée et rapide aux demandes de services de la population, et ce, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La mise en œuvre est prévue pour le début de l'année financière 2017-2018	Première ligne et urgence Organisation et efficience
2. Préparation des travaux en vue de l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) en milieu hospitalier	Organisation et efficience
3. Rédaction et diffusion d'un guide de pratique et de l'offre de service des professionnels déployés en GMF	Première ligne et urgence

Direction des services professionnels (DSP)

La DSP s'appuie sur trois (3) directions adjointes : celle de l'accès en établissements et dans la communauté, celle des services diagnostiques et celle de qui relèvent des activités relatives à la pratique professionnelle des médecins, dentistes et pharmaciens.

Les activités de la DSP sont diversifiées. Elles sont réparties sur tous les territoires du CISSS de l'Outaouais et s'adressent à plusieurs programmes clientèles. En plus d'offrir un soutien à la pratique pour l'ensemble des professionnels du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les

activités de cette direction visent également à assurer l'accès aux services de proximité, aux urgences, aux médecins de famille, aux cliniques spécialisées et à la planification chirurgicale. La gestion des services de laboratoires, d'imagerie médicale et de pharmacie est également assumée par la DSP, de même que celle des services préhospitaliers d'urgence, du programme de traumatologie, de la Télésanté et de Remboursement des services médicaux reçus en Ontario. La DSP pilote évidemment les activités de recrutement médical pour l'Outaouais et assure la coordination des activités du Département régional de médecine générale (DRMG), du CMDP (et de tous ses sous-comités), des départements cliniques et du Comité régional des services pharmaceutiques.

Enjeux :

- L'implantation de la cogestion médicale dans le contexte des projets de loi 20 et 130;
- La poursuite des travaux en vue de l'Agrément de 2019, notamment pour que les bilans comparatifs de médicaments (BCM) soient implantés pour toutes les clientèles, dans tous les secteurs;
- Le développement d'un premier GMF-R en Outaouais;
- L'accessibilité aux examens en imagerie médicale;
- La fluidité des trajectoires menant aux hospitalisations de patients admis par l'urgence (incluant les durées moyennes de séjour (DMS) dans nos urgences);
- L'amélioration de la réponse par les centrales téléphoniques (notamment celles en cliniques externes).

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe de la planification stratégique relié</i>
1. Programme de financement et de déploiement des professionnels en GMF Les 13 Groupes de médecine de famille (GMF) du territoire ont adhéré au nouveau programme de financement décrété par le MSSS et l'intégration de professionnels du CISSS au sein de ces cliniques médicales constitue une nouvelle façon de travailler en équipe interdisciplinaire. Les infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres professionnels côtoient ainsi au quotidien les médecins de la communauté et offrent conjointement des services à la clientèle à la plus grande satisfaction de celle-ci	Première ligne et urgence
2. Recrutement médical Le recrutement de médecins pour notre région continue d'être un défi de tous les instants. En 2016-2017, les stratégies de recrutement ont été revampées et mises au goût du jour de sorte qu'il a été possible de recruter 20 nouveaux médecins de famille pour notre territoire et 15 médecins spécialistes. En attendant que le CISSS ait une faculté de médecine satellite, il importe que les candidats à la pratique de la médecine en Outaouais soient rapidement mis en contact avec les cliniciens de notre territoire et qu'ils soient supportés et accompagnés lors de toutes les étapes d'intégration à la pratique	Première ligne et urgence
3. Implantation d'un Centre de répartition des demandes de services (CRDS) À l'automne 2016, a été inauguré le Centre de répartition des demandes de	Services spécialisés

services au CISSS de l'Outaouais. Ce centre permet à tous les médecins de famille de diriger vers un seul et même endroit les références pour des médecins spécialistes. À terme, 27 spécialités seront couvertes par cette centrale de réception des références, mais pour la première phase, 9 spécialités étaient d'abord visées. Pour y arriver, une centralisation et un nettoyage des listes d'attente dans ces spécialités ont été réalisés et maintenant, toutes les références sont dirigées vers un seul et même endroit de façon à optimiser la prise en charge et éviter les délais administratifs inutiles	
4. Mise en route du projet Optilab Le projet Optilab vise la concentration et l'optimisation des activités de laboratoire pour toute la région. Les façons de travailler sont revues, les endroits pour effectuer chacune des analyses sont optimisés de sorte que le temps et l'énergie déployés pour procéder aux analyses soient minimaux. L'objectif étant une amélioration de la qualité, une réduction des délais et une diminution des coûts	Organisation et efficience
5. Harmonisation du formulaire des médicaments Au cours de la dernière année, une vingtaine de classes de médicaments ont été évaluées, permettant de sélectionner les meilleures substitutions possibles dans une perspective de qualité des services, de sécurité des usagers et de préoccupation budgétaire	Organisation et efficience

Directions programmes sociaux et de réadaptation

Direction de santé publique (DSPu)

La Direction de santé publique (DSPu) agit selon les mandats légaux qui lui sont conférés notamment par la Loi sur la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Elle exerce les fonctions de surveillance de l'état de santé de la population de l'Outaouais, de prévention en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux, de protection et de promotion de la santé. L'offre de services des directions de santé publique des 18 territoires (régions) du Québec se conforme aux orientations du Programme national de santé publique (PNSP), une approche stratégique commune permettant d'atteindre les cibles ministérielles. Sa finalité qui contribue fortement à la réalisation de la mission du CISSS est de contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales de santé, en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé. Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais présente l'offre de services qui tient compte des caractéristiques régionales et des besoins particuliers de la population de l'Outaouais.

La DSPu coordonne dans le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais la dispensation de services directs à des personnes : vaccination, suivis de grossesses à risque élevé, gestion des éclosions et des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), application des scellants dentaires chez les jeunes, etc. La DSPu soutient aussi par son expertise des programmes préventifs destinés à des groupes ou à des populations : dépistage du cancer du sein, soutien à l'allaitement, prévention des chutes chez les personnes âgées, accès au matériel de prévention des ITSS, etc. Elle

collabore aussi avec les acteurs du réseau de la santé et des autres secteurs pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, le développement d'environnements physiques et sociaux sains et sécuritaires et la gestion des risques et des menaces pour la santé. La DSPu est également responsable de la surveillance continue de l'état de santé de la population permettant de suivre l'évolution de nombreux indicateurs et de dresser le portrait de santé de la région.

Enjeux :

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 du CISSS de l'Outaouais a été adopté en décembre 2016 et sa réalisation comporte différents enjeux dont il faut tenir compte :

- Le PAR ambitieux qui demande la mobilisation et l'implication des différentes directions du CISSS de l'Outaouais et des partenaires concernés par ses actions;
- Le PAR doit être adapté selon les territoires dans ses priorités et dans ses moyens;
- Le PAR doit soutenir ou contribuer à l'actualisation régionale du plan d'action découlant de la Politique gouvernementale de prévention en santé 2017-2025 (PGPS). De plus celui-ci balise la mise en œuvre du PAR, particulièrement par son caractère intersectoriel qui assure ou soutient la contribution des autres secteurs ou partenaires externes au réseau de la santé.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe (s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Le 15 décembre 2016, le Conseil d'administration adoptait le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2016-2020 du CISSS de l'Outaouais. Le PAR a été déposé au MSSS le 10 janvier 2017. Ce nouveau Plan est le premier produit par le CISSS de l'Outaouais. Il propose une action globale à la fois dans le réseau de la santé et dans différents secteurs de la société afin d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. L'élaboration du PAR a nécessité la mobilisation et la participation de nombreux partenaires. Il a fait l'objet de consultations sans précédent pour s'assurer qu'il reçoive l'adhésion de nos partenaires et qu'il soit représentatif des aspirations de nos communautés en matière de santé en Outaouais	Habitudes de vie Prévention des infections Organisation et efficience
2. Mobilisation des partenaires pour soutenir la mise en place d'environnements favorables aux saines habitudes de vie découlant sur plusieurs projets dont : • Catalogue des pistes d'actions efficaces et prometteuses pour atteindre les jeunes; • Tenue d'un forum régional sur le transport actif dont les résultats seront inclus dans le plan d'action 2017-2019; • Tenue de journées de réflexion et d'échange sur le maillage entre les producteurs locaux et les organismes communautaires dont les résultats seront inclus dans le plan d'action 2017-2019; • Activités d'appropriation du cadre de référence Gazelle et Potiron pour soutenir les saines habitudes de vie auprès de la Petite enfance.	Habitudes de vie

3. Mise sur pied d'un projet de distributrice de condoms en collaboration avec des partenaires du milieu dans des lieux ciblés afin d'atteindre les populations vulnérables et plus particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. Ce projet comprend : • Élaboration d'une cartographie identifiant les lieux d'accès aux condoms (gratuits ou à coûts réduits); carte accessible au public via www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca (page santé publique); • Tournée des partenaires dans un objectif de sensibilisation et de mobilisation (présentation des données statistiques préoccupantes); • Élaboration d'un projet d'installation de machines distributrices de condoms à coût réduit pour favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires; • Installation de distributrices dans plusieurs milieux en collaboration avec les partenaires : BRAS établissements d'enseignement secondaire et post-secondaire et municipalités.	Prévention des infections
4. Mobilisation des partenaires face à la problématique des surdoses aux opioïdes, incluant la mise sur pied d'un projet pilote d'accès communautaire gratuite à la Naloxone	Personnes vulnérables
5. Participation à la mise sur pied du projet «Habiter mon quartier» en concertation avec les partenaires du milieu (OMH, Ville de Gatineau, UQO, etc.); «Habiter mon quartier» est un projet intersectoriel issu d'une réflexion citoyenne. Ce projet se veut une démarche collective, en vue de créer les conditions favorables à l'initiative citoyenne au sein des quartiers; Quatre quartiers ont été ciblés par les partenaires dans le grand Gatineau soient : Manoir-Lavigne (secteur Aylmer), le Vieux-Masson, Templeton (Gatineau) et le Vieux Hull	Habitudes de vie

Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

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

Les services offerts sont les suivants :

- la réception et le traitement des signalements (il s'agit de la porte d'entrée des services). Ce service offre également de la consultation et des informations à la population;
- le service d'urgence sociale (24/7);
- trois services d'évaluation-orientation;
- le service de révision;
- le service de supervision clinique;

- le service d'adoption;
- le service de ressource de type familial : volet qualité;
- le service des antécédents-retrouvailles;
- le service des transferts inter CJ;
- le service de l'expertise psychosociale;
- le service de la loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) :
 - délégués à la jeunesse;
 - unité de garde fermée;
- le service intégré aux Premières Nations;
- le service de coordination soir-nuit-fin de semaine.

Enjeux :

- Recrutement et rétention du personnel;
- Équilibre budgétaire;
- Listes d'attentes en protection de la jeunesse;
- Accès plus rapide au service d'expertise psychosociale;
- Implantation du service intégré aux Premières Nations.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Déploiement du service intégré aux Premières Nations	Personne vulnérables Première ligne et urgence Organisation et efficience
2. Réduction de la liste d'attente en expertise psychosociale	Services spécialisés Personnes vulnérables Organisation et efficience
3. Réduction de la liste d'attente en protection de la jeunesse	Services spécialisés Personnes vulnérables Organisation et efficience
4. Consolidation du service de garde psychosociale	Organisation et efficience Personnes vulnérables
5. Projet de loi 59 : Identification de délais spécifiques pour des références en provenance de la protection de la jeunesse vers les autres directions clientèles	Organisation et efficience Première ligne et urgence Personnes vulnérables

Direction des programmes jeunesse (DJ)

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

Les services offerts sont les suivants : périnatalité hospitalière, obstétrique, néonatalogie, Maison de naissance de l'Outaouais, pédiatrie, psychiatrie jeunesse, périnatalité universelle, SIPPE, développement de l'enfant, santé scolaire, jeunes en difficulté, application des mesures en protection de la jeunesse,

santé mentale et dépendance. S'ajoutent à ces services sept (7) centres de réadaptation pour jeunes présentant des difficultés de comportement (82 places), un centre de jour en hôpital psychiatrique (15 places), un centre de réadaptation pour jeunes ayant une problématique de dépendance (10 places), un centre de jour en réadaptation (16 places), ainsi qu'un parc d'hébergement de ressources de type familial de plus de 250 ressources (472 places).

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

Enjeux :

- Attraction, recrutement et rétention de la main-d'œuvre;
- Performance clinique, notamment :
 - la fluidité des services en santé mentale – arrimage des services de proximité et des services spécialisés;
 - l'accès aux services – diminution des délais d'attente;
 - l'harmonisation des services en réadaptation jeunes en difficulté d'adaptation et dépendance jeunesse;
 - l'harmonisation des services jeunesse sur l'ensemble du territoire (ancien CSSS).
- Rapatriement de la clientèle qui reçoit des services en Ontario tant au niveau de l'obstétrique que de la pédiatrie.

Projets :

- Mise en place du guichet d'accès jeunesse.
- Agrandissement du complexe Freeman.
- Réaménagement de l'unité de périnatalité hospitalière (projet TARP).
- Amélioration des soins intermédiaires en pédiatrie (lits de stabilisation).
- Chantier JED-Santé mentale.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Mise en œuvre d'une trajectoire en développement de l'enfant selon les meilleures pratiques et ce, en mode cogestion avec la direction DI-TSA-DP (Projet OSER)	Personnes vulnérables
2. Chantier santé scolaire : révision et harmonisation de l'offre de services des infirmières œuvrant en milieu scolaire (amélioration de couverture vaccinale et amélioration de notre offre de dépistage des ITSS auprès des 15-24 ans)	Prévention des infections Personnes vulnérables
3. Projet de construction de deux unités de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (rédaction de la programmation clinique et technique, élaboration des plans et devis, et lancement de l'appel d'offre)	Personnes vulnérables
4. Mise en place d'une structure de gouvernance MSSS-MEES avec un volet stratégique régional et des structures locales. Élaboration d'un plan d'action régional conjoint 2017-2019	Organisation et efficience Personnes vulnérables

5. Chantier santé mentale : travaux actifs sur la trajectoire santé mentale jeunesse 0-17 ans afin d'optimiser et d'améliorer l'offre de service régionale (déploiement d'expertise dans le territoire, amélioration de la fluidité des hospitalisations, psychiatre répondant, etc.)	Personnes vulnérables
---	-----------------------

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD)

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

Enjeux :

- Accès aux services externes de santé mentale et dépendance. Malgré les efforts d'optimisation de l'offre de services, le nombre de personnes répondues hors délai constitue un enjeu de la direction;
- Accès à des ressources d'hébergement et à des logements avec soutien communautaire adaptés. La DSMD travaille sur un plan de développement de quatre nouveaux foyers de groupe et sur le plan de lutte à l'itinérance.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Accès amélioré à la consultation psychiatrique	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
2. Accès amélioré au soutien des équipes de soutien d'intensité variable (SIV)	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
3. Développement de dix-neuf nouvelles places d'hébergement en santé mentale	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
4. Déploiement des professionnels en GMF	Première ligne et urgence Personnes vulnérables
5. Actions concertées dans le cadre du camping du boisé pour offrir plus de logements avec soutien communautaire à la population en situation d'itinérance	Personnes vulnérables

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

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

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

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

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

Enjeux :

- Répondre aux demandes de services en respectant les niveaux de priorité urgente, élevée ou modérée. Le niveau de priorité détermine le délai d'attente maximal pour recevoir un premier service;
- Revoir nos continuums internes-externes en DP pour assurer l'implantation des diverses trajectoires de services (notamment pour les AVC et Trauma);
- Avoir les ressources humaines disponibles afin d'offrir le niveau d'activités planifiés dans les différents programmes et pour intensifier les services de soutien à domicile qui devront, dans les prochaines années, devenir les véritables épines dorsales de notre système de santé et services sociaux;
- Revoir les trajectoires de services à l'enfance basées sur les meilleures pratiques;
- Nous sommes conscients que la participation des parents « patients partenaires » demeure à être améliorée malgré leur présence au PI, comité des usagers, gestion des risques, etc. Nous voulons les inclure lors du développement et des révisions de nos processus;

- Harmoniser l'application des cadres de références et des programmes dans tous les territoires RLS;
- Ajuster l'offre de services en hébergement pour mieux correspondre aux réels besoins de la personne : « la bonne personne, au bon endroit, au bon moment »;
- Assurer la fluidité des services au sein même de notre direction pour les besoins de services supplémentaires et poursuivre le soutien aux autres directions afin d'assurer l'accès à l'ensemble des services pour la clientèle DIDPTSA;
- Développer un service de soutien à l'intégration socioprofessionnelle en collaboration avec nos partenaires pour la clientèle DP et TSA.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Réaliser le diagnostic institutionnel et du plan d'action à l'égard des personnes vivant avec un handicap adopté par le conseil d'administration	Personnes vulnérables
2. Implanter la clinique régionale d'évaluation spécialisée du développement de l'enfant. Cette clinique s'inscrit dans la trajectoire du projet : « Organisation de services à l'enfance » (OSER) et elle permet de poser un diagnostic pour les enfants 0-6 ans réduisant de ce fait les délais d'attente pour que ces enfants reçoivent un service approprié à leurs besoins	Services spécialisés Personnes vulnérables
3. Création de la ressource enfance surspécialisée (RESS). Cette ressource a comme mandat d'offrir des services de réadaptation intensifs aux enfants de 12 à 17 ans ayant une DI ou un TSA. La RESS répond à des besoins complexes en agissant en prévention afin d'éviter l'épuisement des familles et l'abandon	Services spécialisés Personnes vulnérables
4. Suite à un travail de concertation et de collaboration avec la direction SAPA, intégration du soutien à domicile volet déficience physique, déficience intellectuelle et trouble spectre de l'autisme dans la direction DI-DP-TSA. Cette intégration permet une meilleure continuité et fluidité des services entre les services spécialisés et spécifiques	Organisation et efficience Personnes vulnérables
5. Implant cochléaire : En novembre 2016, nous avons accueillis une première cliente pour un suivi en réadaptation intensive suite à la chirurgie et la programmation de son implant cochléaire qui ont été effectuées à l'Hôtel-Dieu de Québec et coordonnées par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ). Historiquement, ce service surspécialisé n'était pas disponible en Outaouais	Services spécialisés
6. Exercice de concertation et de consolidation des ententes de services avec les organismes communautaires afin d'assurer une complémentarité et qualité de services	Organisation et efficience Personnes vulnérables

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

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

La direction SAPA comporte deux directions adjointes :

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

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

Volet Hébergement :

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

Enjeux :

- Sans contredit, l'enjeu principal est le vieillissement de la population. On constate une forte croissance de la proportion des personnes de 65 ans et plus dans la région de l'Outaouais. Bien que notre population demeure jeune, elle vieillit rapidement. D'ici 2026, la proportion des 65 ans et plus doublera. À ce jour, l'Outaouais compte plus de 53 000 personnes âgées de 65 ans et plus et près de 26 000 personnes âgées de 75 ans et plus;
- Un autre enjeu est l'harmonisation de nos pratiques et de nos services en respect des réalités territoriales autour du domicile ou des milieux de vie de nos usagers. De plus, le développement de places supplémentaires en ressources non-institutionnelles ou encore en CHSLD est apprécié. Les nouvelles annonces en ce sens viendront grandement aider à mieux desservir la population outaouaise;
- La pertinence de chaque service donné doit être révisée afin d'assurer une meilleure qualité de services et surtout permettre l'autodétermination et le choix de l'utilisateur peu importe son milieu de vie, et ce, en réponse aux besoins variés de nos clientèles;
- Une desserte augmentée tant en nombre d'utilisateurs qu'en intensité de services pour les clientèles vulnérables, et ce, avec moins de délai d'attente demeurera un défi de taille avant tout, par la difficulté à recruter du personnel compétent et en nombre suffisant. En conséquence, la rétention et la formation de notre personnel actuellement en place demeurent aussi des enjeux importants. En ce sens, le soutien technologique pour assurer le transfert de connaissances demeure essentiel.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe(s) de la planification stratégique relié(s)</i>
1. Régionalisation du guichet d'accès pour services à domicile et gériatriques et augmentation du repérage des clientèles vulnérables	Personnes âgées Organisation et efficacité Première ligne et urgence
2. Régionalisation du mécanisme d'accès à l'hébergement –DSAPA	Personnes âgées Organisation et efficacité Personnes vulnérables

3. Révision des structures de postes dans les 14 CHSLD publics de l'Outaouais en lien avec les investissements ministériels afin de tendre vers les repères de Voyer	Personnes âgées Organisation et efficience Mobilisation du personnel
4. Actualisation du plan d'investissements SAD, du plan Alzheimer Outaouais et mise en place d'une équipe dédiée aux syndromes comportementaux et psychologiques associés à la démence	Sécurité et pertinence Personnes âgées Mobilisation du personnel
5. Diminution du nombre d'utilisateurs en attente d'un niveau de soins alternatifs dans des lits de courte durée en modulant l'offre de services gériatriques tant interne qu'externe et à domicile	Personnes âgées Sécurité et pertinence Première ligne et urgence

Directions soutien, administration et performance

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

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

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

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

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

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

Enjeux :

- L'appropriation et la communication des résultats d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au sein des équipes;
- Le développement de la culture de la mesure;
- L'implantation du concept client/patient partenaire.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe de la planification stratégique relié</i>
1. Planification et accompagnement pour la visite d'Agrément Canada de février 2017 avec obtention du statut d'Agréé	Personnes vulnérables
2. Élaboration et adoption du code d'éthique de l'établissement	Personnes vulnérables
3. Élaboration et adoption du modèle d'organisation de services en éthique clinique	Sécurité et pertinence
4. Déploiement de la salle de pilotage stratégique et planification des salles tactiques et opérationnelles	Organisation et efficience
5. Développement d'une procédure de traitement des demandes de projets organisationnels et directionnels	Organisation et efficience

Direction des services techniques (DST)

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

- 53 bâtiments, incluant 7 hôpitaux et 14 centres d'hébergement;
- 23 services alimentaires qui desservent près de 3 millions de repas annuellement;
- Une buanderie centrale et 2 buanderies satellites;
- 510 équipements et systèmes médicaux de plus de 100 000 \$ ayant une valeur de remplacement de 84 M \$.

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

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

De plus, elle transige 51 baux sur l'ensemble du territoire pour des immeubles ou locaux tels que : CLSC, résidences à assistance continue, maisons pour médecins/résidents, bureaux administratifs, etc.

Enjeux :

- Disponibilité des locaux avec le réinvestissement et la réorganisation dans certains programmes;
- Révision des menus en CHSLD;
- Disponibilité des ressources afin de répondre aux demandes des différentes directions dans le cadre de développement ou de réorganisation (priorité);
- Mise en place des assises pour passer d'un mode d'entretien curatif à un mode préventif pour les installations matérielles;
- Établir des priorités en matière d'investissement en maintien d'actifs compte tenu de l'ampleur des besoins par rapport aux budgets octroyés pour le plan de conservation et de fonctionnalités immobilières;
- Mise à jour de l'ensemble des plans de mesures d'urgence pour chacune des installations.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe de la planification stratégique relié</i>
1. Activités d'expertises et d'infrastructures : Soutien aux autres directions dans le cadre de projets en cours tel que : Optilab, Campus médical Outaouais, Résidences Freeman et d'autres projets en développement.	Organisation et efficience
2. Mesures d'urgence : Soutien aux directions lors de 2 mesures d'urgence majeures tel que : déménagements, réaménagements, sécurité, réorganisation services hôtellerie, génie biomédical.	Sécurité et pertinence
3. Génie biomédical : Remplacement de plusieurs équipements médicaux tel que : Tomodensitomètre à l'hôpital de Gatineau, remplacement de 3 mammographes et d'une salle de fluoroscopie à l'hôpital de Hull. Achat de divers équipements en lien avec le développement de la clinique de pneumologie à l'hôpital de Hull.	Services spécialisés
4. Installations matérielles : Mise en place du plan directeur en maintien d'actifs (PDMA).	Sécurité et pertinence
5. Administratif : Mise en place d'une nouvelle politique de stationnement et optimisation des espaces locatifs ainsi que réorganisation spatiale de différentes directions.	Organisation et efficience

Direction des ressources informationnelles (DRI)

La mission de la Direction des ressources informationnelles (DRI) est de supporter l'organisation dans la gestion des opérations quotidiennes, la mise en œuvre de projets RI, le maintien des actifs informationnels, la sécurité organisationnelle et la pérennité des systèmes et infrastructures.

La DRI réalise sa mission en guidant et en accompagnant l'organisation dans le choix et l'implantation des RI les mieux adaptées à ses besoins et en assurant la gestion et l'exploitation optimales de ces mêmes ressources.

Enjeux :

- La DRI est hautement sollicitée par les projets d'unification des systèmes d'informations (orientations du MSSS). Des priorités sont et seront établies afin de respecter les orientations et les échéanciers du ministère;
- L'intégration des domaines informatiques, des bases de données et des répertoires de fichiers des anciennes organisations demeurent un obstacle à l'amélioration de l'efficience dans plusieurs secteurs de l'organisation;
- Afin de protéger les environnements informatisés et assurer le maintien des opérations et la protection des données, la DRI doit assurer l'allocation suffisante de ressources afin de répondre aux normes de sécurité organisationnelle provenant du ministère.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axes de la planification stratégique reliés</i>
1. Le lancement du système unique de requête (Octopus) dans l'ensemble des installations afin d'assurer un accès uniforme aux demandes de soutien (incidents/demandes de services) auprès de la direction des ressources informationnelles	Organisation et efficience
2. L'adoption du plan d'action 2016-2019 au niveau de la Règle particulière de la sécurité organisationnelle (RPSO)	Sécurité et pertinence Organisation et efficience
3. Mise en place d'une solution transitoire pour soutenir l'ouverture des CRDS. Modèle repris au niveau de la province	Services spécialisés Organisation et efficience
4. Contribution de l'équipe Web de la DRI au lancement du nouveau site Web du CISSS de l'Outaouais	Organisation et efficience Mobilisation du personnel
5. Traitement de plus de 39 100 requêtes de soutien informatique soit plus de 22 600 incidents et 16 500 demandes de services	Organisation et efficience

Direction de la logistique (DL)

Le mandat de la Direction de la logistique est de supporter les différentes directions du CISSS de l'Outaouais en matière d'approvisionnement, de gestion des inventaires, de la distribution des produits ainsi que de la messagerie interne et externe.

Enjeux :

- La Direction logistique a rencontré les différentes directions du CISSS de l'Outaouais pour présenter et expliquer la politique d'approvisionnement du CISSS de l'Outaouais ayant été approuvée par le C.A. en 2016;
- La fusion des différentes bases de données GRM-GRF a débuté en 2016 et se poursuit en 2017 avec la collaboration de la Direction des ressources financières.

<i>Principales réalisations</i>	<i>Axe de la planification stratégique relié</i>
1. Politique d'approvisionnement	Organisation et efficience
2. Réorganisation du service de l'approvisionnement par commodités	Organisation et efficience

Directions administratives

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

Direction des ressources financières (DRF)

Ces deux directions administratives présentent sous forme de tableaux et textes, leurs faits saillants et leurs enjeux.

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

4.1 Les résultats du chapitre III (Les attentes spécifiques)

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR= NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)								
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nb de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R					Les trois livrables ont été transmis dans les délais au MSSS. Ils concernent la réduction des fumeurs, l'augmentation de la consommation des fruits et légumes et l'augmentation des jeunes actifs durant les loisirs et les transports.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R					Les quatre rencontres du comité multidisciplinaire se sont tenues les 29 septembre 2016, 29 novembre 2016, 10 janvier 2017 et 7 mars 2017.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR = NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)								
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANter LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA	Ce livrable est reporté par le MSSS dans l'EGI 2017-2018		16 juin 2017		L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations et organismes de son territoire devant implanter le protocole ainsi qu'un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole dans le cadre de l'EGI 2017-2018.
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R					Le Programme d'aide personnel, familial et communautaire est implanté sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais. Le formulaire GESTRED no 805 est complété dans les délais requis.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	R					L'état de situation a été transmis au MSSS le 31 octobre 2016 respectant ainsi les délais.
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS Hébergés EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.	NR	2 PII non réévalués durant l'année 1 Profil SMAF non fait durant l'année	99,72%	13 avril 2017		L'état de situation a été transmis dans les délais mais deux PII n'ont pas été réévalués durant l'année ainsi que 1 profil SMAF. En date du 13 avril 2017, 100% des usagers hébergés en CHSLD ont un PII réévalué et un Profil IsoSMAF à jour représentant 1075 usagers.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTACC	R					Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et la continuité est déposé le 31 mai 2017 au MSSS respectant ainsi les échéanciers.
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les 4 principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R					L'état de situation a été produit dans les délais prescrits. Le CISSS de l'Outaouais a mis en place un comité tactique NSA dans le cadre des mesures identifiées pour s'assurer de l'atteinte des cibles.
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POST AIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R					L'état de situation a été produit dans les délais prescrits.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	NA					Étant donné que le MSSS effectue un suivi régulier avec les établissements sur les indicateurs de suivi des cibles de l'entente entre le MSSS et la FMSQ et que le MSSS fournit ces données aux établissements, le plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente MSSS-FMSQ demandé ainsi que les états de situation en découlant ne sont plus requis pour les volets de la chirurgie, de la consultation spécialisée et de la consultation à l'urgence.
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R					Le livrable est acheminé au MSSS selon l'échéance prévue.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	NR	Reporté par le MSSS	50%	31 mars 2018		Le plan d'action a été transmis le 14 décembre 2016 représentant le 50% du livrable à transmettre. L'autoévaluation prévue pour le 31 mars 2017 a été reporté par le MSSS dans l'EGI 2017-2018 par le MSSS le 30 septembre 2017.
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R					Les états de situation ont été acheminés en respect des échéanciers.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	R					Fiches du cahier de charges complétées : 4.1 Rédaction du manuel d'organisation du projet OPTILAB de la grappe – 2016-11-31; 4.2 Nomination du co-gestionnaire clinicoadministratif et du co-gestionnaire de la grappe – 2016-12-31; 4.3 Élaboration d'un plan de main d'œuvre des salariés de la grappe – 2016-11-15; 4.4 Rédaction du plan de communication : 2016-10-31; 4.5 Demande d'autorisation d'équipements pour la grappe : en continu; 4.6 Demande de l'autorisation de réalisation de projet d'immobilisation en rénovation fonctionnelle et maintien d'actifs : en continu; 4.7 Plan de transition pour les systèmes de laboratoires SIL de la grappe – 2016-12-31; 4.9 Rédaction d'un plan d'action et organigramme détaillé de la grappe – 2017-03-15.
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	NA	En octobre 2016, le MSSS annonçait que les établissements n'auront pas à déposer de plan d'action en soins palliatifs de fin de vie (SPFV) le 31 mars 2017.				Le suivi des actions inscrites au plan d'action 2015-2020 du plan de développement des SPFV est réalisé lors des rencontres avec les répondants en SPFV et est également recueilli par le biais des indicateurs du programme santé physique SPFV.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR= NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)								
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES 5 PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30% de la superficie de leur parc immobilier respectifs en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60%. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R					Les données ont été téléchargées dans le Système Actifs + Réseau dans les délais requis.
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R					Les données ont été transmises dans le formulaire GESTRED no 630 dans les délais.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉA- LISÉE À 100% NR= NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICA- BLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON- RÉALISATION COMPLÈTE	POURCEN- TAGE DE RÉALISA-TION	DATE PRÉVUE DE RÉALISA- TION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)								
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAM- MES D'AC- CÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	NA	Reporté par le MSSS				Des délais quant à la révision du règlement du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, sur lequel sera basé le règlement modèle des comités régionaux, obligent le MSSS à reporter en 2017-2018 la formation des Comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordi-nation régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaire en sol québécois prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparées et applicables.	NA					Ce livrable ne s'applique par à la région de l'Outaouais.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des 4 dimensions de la sécurité civile.	NR	La formation concernant le développement de compétences de base en sécurité civile pour les acteurs en sécurité civile est à venir. Le calendrier a été transmis par le MSSS le 21 mars 2017. Le Plan régional de sécurité civile – mission santé (PRSC MS) est en processus de réalisation. Le MSSS a fait parvenir le guide d'élaboration au début mars 2017.	50%	31 décembre 2017	Il y a un regroupement avec 3 autres CISSS pour création d'un PRSC MS depuis février 2017.	
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	NR	La personne responsable n'a pas pu compléter le programme de formation sur le processus de gestion des risques en sécurité civile par manque de ressource. Le CISSS est actuellement en recrutement.	50%	31 mars 2018		

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivis auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA					Ne s'applique pas à la région de l'Outaouais.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR= NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)								
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS.	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	NR	Le CISSS de l'Outaouais a mis sur pied durant l'année 2016-2017 ses comités en prévention des chutes ainsi que le comité pharmaco-nursing. Les comités poursuivent les travaux dans une optique de réaliser le plan d'action ministériel.	60%	31 décembre 2018	L'établissement s'est doté au courant de l'année de 2 comités afin de répondre au plan d'action ministériel. Le comité prévention des chutes priorise l'adoption de son programme-cadre en prévention des chutes et son déploiement sera pour l'automne 2017. Au niveau de la prévention en lien avec la médication, le comité poursuit ses travaux en collaboration avec les directions cliniques.	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉALISÉE À 100% NR=NON RÉALISÉE À 100% NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R					Le PAPH a été acheminé au MSSS le 7 avril 2017. Le plan d'action a été adopté par le Conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 20 avril 2017.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R=RÉA- LISÉE À 100% NR= NON RÉALISÉE À 100% NA= NON APPLICA- BLE	SI NON-RÉALISÉE À 100%				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLETE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100%	LE CAS ÉCHÉANT : MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100%	
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)								
7.1	ORIENTA- TION STRATÉGI- QUE DU MINISTRE EN TECHNO- LOGIE DE L'INFORMA- TION DES SYSTÈMES D'INFORMA- TION UNIFIÉS	- Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); - Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; - Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; - Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; - Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).	NR	Le préalable pour la DCI (AD unifié) est en cours de réalisation selon les échéanciers prévus. Le Dossier justificatif sommaire (DJS) a été complété et soumis au MSSS en respect des échéanciers. Le dossier d'affaires et le Manuel d'organisation de projet (MOP) pour le Dossier clinique informatisé (DCI) sont en cours de rédaction et seront déposés pour juin 2017 comme prévu. Les projets de l'organisation sont alignés avec les priorités du MSSS.	60%	31 mars 2018	Le gabarit a été complété et transmis au MSSS dans les délais. -Les attentes spécifiques sont réalisées à 60% et il est prévu de réaliser le tout à 100% au plus tard le 31 mars 2018; -Le préalable pour le Dossier clinique informatisé (DCI), c'est-à-dire, l'annuaire d'authentification unifié, est en cours de réalisation selon les échéanciers prévus; -Le Dossier justificatif sommaire (DJS) a été complété et soumis au MSSS en respect des échéanciers; -Le dossier d'affaires et le Manuel d'organisation de projets (MOP) pour le DCI sont en cours de rédaction et seront déposés pour juin 2017 comme prévu; -Les projets de l'organisation sont alignés avec les priorités du MSSS. Les dossiers TI cheminent bien.	Les dossiers TI cheminent bien. Les projets de systèmes unifiés progressent mais peu de livrables attendus des établissements à ce stade. Les livrables sont au niveau du DCI et ceux-ci progressent bien. Le dossier d'affaires et le MOP pour le DCI sont en rédaction et doivent être livrés en juin 2017.

4.2 Les résultats du chapitre IV (Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du plan stratégique 2015-2020 du MSSS)

Portrait sommaire de la performance du CISSS de l'Outaouais : atteinte des engagements annuels 2016-2017

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
10-Santé publique				
1.01.13-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	50	24	N/A	L'engagement de l'indicateur 1.01.13 n'est pas atteint. Plusieurs actions concertées en promotion-prévention en milieu scolaire ont été réalisées dans l'année 2016-2017. Malheureusement, plusieurs activités n'ont pas été saisies dans le système I-CLSC pour diverses raisons. Parmi celles-ci notons les changements apportés dans l'organisation du travail des professionnels pour l'accompagnement du réseau scolaire dans le dossier <i>École en santé</i>. Afin d'optimiser les ressources humaines disponibles, un modèle éclaté de soutien et d'accompagnement du milieu scolaire a été développé et a remplacé le modèle habituel qui identifiait un accompagnateur dédié. Toutefois, le modèle éclaté qui consiste à partager parmi plusieurs intervenants la responsabilité de l'accompagnement du réseau scolaire d'un même secteur du territoire, a occasionné des difficultés de codification des données. À titre d'exemple, le centre d'activité de certains intervenants ne leur permettait pas de saisir les données I-CLSC relatives à l'AÉS. D'autres auraient eu besoin d'une formation en début d'année sur le processus d'ouverture des dossiers communautaires dans le système I-CLSC. De plus, plusieurs APPR de la DSPU soutiennent le milieu scolaire pour des activités concertées de promotion-prévention dans les écoles mais ne saisissent pas les données dans le système I-CLSC. Des solutions sont en cours afin de remédier à ces difficultés.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90	92	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et même dépassé.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	85	79,2	N/A	L'engagement de l'indicateur 1.01.28 est atteint à 93%. Il y a eu cette année plus de défis dans l'organisation du travail. Un travail se fait pour harmoniser les pratiques entre les diverses équipes de périnatalité des anciens CSSS afin de partager les processus qui favorisent l'atteinte des cibles et ce, de concert entre la Direction de la santé publique et la Direction Jeunesse.
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	325	495	400	L'engagement 2016-2017 et même dépassé.
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%				

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
20-Infections nosocomiales				
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)	80	80	95	L'engagement 2016-2017 est atteint.
1.01.19.02-PS Pourcentage de CH 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)	80	100	95	L'engagement 2016-2017 est atteint.
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de CH de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint.
1.01.19.04-PS Pourcentage de CH 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	95	L'engagement 2016-2017 est atteint.

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
30-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	90	86	N/A	L'engagement 2016-2017 est presque atteint. Voici les mesures qui seront prises pour atteindre l'engagement l'an prochain : - Un suivi plus serré des données afin d'évaluer les pertes d'appels (surtout pour la ligne 1-866-APPELLE) ; - Création d'une salle de pilotage pour suivre des données du service. L'an prochain sera la première année de la mise en place de l'accueil intégré qui englobe les missions d'Info-Social, l'AAOR et d'intervention de crises dans le milieu. Cette réorganisation du service permettra de modifier la structure établie lors de l'implantation de l'Info-Social et d'améliorer certains processus internes.
40-Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
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/A	L'engagement 2016-2017 est atteint.
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	50	N/A	L'engagement 2016-2017 n'a pas été atteint pour les composantes 3, 4 et 5. Seulement 3 établissements sur 6 ont atteint un pourcentage de plus de 65% d'implantation. Un plan d'action est présentement en cours. Les composantes 3 et 5 sont à prioriser, entre autres le volet formation, coaching et implantation de l'outil clinique AINÉES (Autonomie, Intégrité de la peau, Nutrition, Élimination, État cognitif et Sommeil). Un grand « blitz » de formation sur l'AAPA est présentement en cours depuis février 2017 dans l'ensemble des établissements. L'implantation de la grille AINÉES dans l'ensemble des établissements est planifiée d'ici septembre 2017.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	80	100	100	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	85	92.9	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
45-Soutien à domicile (SAD)				
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	427 873 (Addenda)	405 710	N/A	L'engagement 2016-2017 de l'indicateur 1.03.05.01 n'a pas été atteint relativement au nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services. En 2017-2018, des ententes sont à développer avec des Entreprise d'Économie Sociale en Aide à Domicile (ÉESAD) et des résidences hébergeant des personnes âgées (RPA). Également, une augmentation des allocations de chèque emploi-service (CES) est prévue à la hauteur du plan d'investissement SAD. Finalement, un suivi régulier par les gestionnaires du SAD quant à la saisie régulière des services achetés ainsi que sa régionalisation sera effectuée ce qui contribuera à régulariser la saisie de données.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5159 (Addenda)	4266	5593	Les engagements 2016-2017 ne sont pas atteints pour les indicateurs 1.03.11 et 1.03.12. En 2017-2018, un suivi régulier par les gestionnaires du SAD auprès des intervenants est prévu en lien avec ces deux indicateurs afin de corriger dès que possible les erreurs de saisie, l'utilisation de façon erronée des profils suivi en soins infirmiers et les incompréhensions des intervenants quant à saisie des PSIAS pour corriger la situation. Également, la formation PSIAS sera offerte, surtout, pour le personnel de soins infirmiers n'ayant pas été formé.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	79,2	90	
60-Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	80,6	N/A	L'engagement de l'indicateur 1.45.04.05 est presque atteint. Toutefois les indicateurs 1.45.04.01 et 1.45.05.01 ne sont pas atteints. Le problème majeur relève du fait que des retards importants avaient été accumulés dans les exercices antérieurs à la création du CISSS. L'importance de ces retards (nombre) a fait que les résultats des mesures mises en place ont tardé à se refléter dans l'atteinte des cibles.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	89,8	N/A	Cette situation a été largement résorbée et la DDIDPTSA croit que les mesures mises en place permettront l'atteinte des cibles dans la prochaine année. (suite page suivante)

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
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 PRIORITÉ	90	79,5	N/A	(suite) Bien que les mesures mises en place aient tardé à donner les résultats attendus, leur pertinence est bien démontrée et leur efficacité se traduira par des résultats dont on voit déjà la manifestation dans la tendance des résultats.
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 PRIORITÉ	90	93,4	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	90	82,56	90	L'engagement 2016-2017 est atteint.
80-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	80	90,5	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75	83,6	90	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
90-Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS	340	358,2	500	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS	169	171	203	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
1.08.15-EG2 Nombre d'utilisateurs en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	280	219	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.
110-Santé physique: urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	18,51	11	L'engagement de l'indicateur 1.09.01 n'est pas atteint. Les mesures entreprises pour améliorer la situation sont : - Analyse quotidienne du RQSUCH; - Plans d'actions en cours dans le cadre de mise en place de trajectoires cliniques (services communautaires, plate-forme urgence, hospitalisation et parc de lits, hébergement/NSA); - Révision des trajectoires des utilisateurs aux prises avec une maladie chronique; - Mise en place d'un mécanisme de gestion de l'épisode de soins : « 0 - 48 h » dès l'admission; - Début d'un projet d'une coordonnatrice de trajectoires – épisode de soins de l'entrée à l'urgence jusqu'au congé de l'hôpital pour deux hôpitaux de la région.
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	65	53,0	90	L'engagement 2016-2017 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.09.43. Des travaux se déroulent en concertation avec les responsables médicaux des urgences pour réduire le délai de prise en charge. Nous tentons de réduire le nombre de <i>Priorités 4</i> et <i>Priorités 5</i> à l'urgence pour libérer du temps pour voir des patients sur civière.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	65	55,2	90	L'engagement 2016-2017 n'est pas atteint pour l'indicateur 1.09.44. Les mesures qui sont entreprises pour améliorer la situation sont : Mise en place d'un comité de cogestion médicale pour analyser les écarts des indicateurs, révision des processus d'affaires de la salle d'urgence et mise en place des pistes de solutions aux problématiques identifiées; Mises en place d'ordonnances collectives initiées à partir du triage pour accélérer prise en charge médicale (exemples: examens diagnostiques, analyses laboratoire, radiographies); Poursuite des travaux pour optimiser la procédure réorientation de la clientèle de priorités 4 et 5 en GMF; Analyse de cohorte des grands utilisateurs afin d'identifier les besoins requis et mise en place du soutien afin d'éviter des visites à l'urgence; L'ouverture d'un GMF-Réseau est prévue pour l'été dans le secteur de Hull.
120-Santé physique - (SPFV)				
1.09.05-PS Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1000	1118	1099	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	38	32	41	L'engagement 2016-2017 n'est pas atteint. Cependant, il fut convenu qu'une maison de soins palliatifs de 6 places devrait ouvrir ses portes au cours de l'année 2017-2018 afin d'atteindre les 38 places prévues dans l'EGI 2016-2017.

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
145-Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	31	0	L'engagement 2016-2017 pour l'indicateur 1.09.32.00 est presque atteint. Le nombre de chirurgies est resté stable par rapport à l'année 2015/2016. L'offre de services en temps opératoire, n'a pour sa part, pas augmenté. Le nombre de demandes en attente de plus de un an a été multiplié par 3 depuis les résultats 2015/2016, à pondérer avec le fait que 29 cas de plus de un an au 31 mars étaient reliés à un seul chirurgien en orthopédie. De ces 31 cas présents sur les listes d'attente au 31 mars, la grande majorité était planifiée pour une chirurgie durant le mois d'avril et mai (29). Une vigie hebdomadaire des listes d'attente est mise en place. Les patients en attente depuis 6 mois et plus sont particulièrement contrôlés. La diffusion d'un tableau de bord à l'usage des différents acteurs du processus chirurgical permet de suivre l'évolution des listes d'attente. L'application plus stricte de la loi 33 permettra l'épuration des listes d'attente, et ce, de façon continue. Le CISSS projette une réingénierie de l'offre de service des chirurgical du territoire afin de regrouper les spécialités chirurgicales de façon efficiente, en plus d'évaluer la possibilité d'effectuer certaines interventions hors bloc. Le projet d'optimisation des trajectoires chirurgicales devrait permettre de diminuer la durée d'attente moyenne pour une chirurgie électorale, par la mise en place d'un outil de gestion qui permettra d'améliorer l'efficacité et la fluidité de l'expérience client, tout en garantissant un épisode de soins sécuritaire et de qualité.
150-Santé physique - Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	82,4	90	L'engagement 2016-2017 pour les indicateurs 1.09.33.01 et 1.09.33.02 sont presque atteints. Le nombre de chirurgies oncologiques est resté stable par rapport à l'année 2015/2016. L'arrivée d'un chirurgien gynéco-oncologue a exercé une pression importante sur les listes d'attente pour une chirurgie oncologique par le rapatriement de la clientèle auparavant traitée en Ontario. Une vigie hebdomadaire des listes d'attente des cas avec contrôle qualité sur la validité oncologique est mise en place.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	98,0	N/A	La diffusion d'un tableau de bord à l'usage des différents acteurs du processus chirurgical permet de suivre l'évolution des listes d'attente. Le projet d'optimisation des trajectoires chirurgicales devrait permettre de diminuer la durée d'attente moyenne pour une chirurgie oncologique, par l'instauration de processus axés sur la fluidité et l'efficacité de la trajectoire oncologique en collaboration avec les différents acteurs du processus. (cogestion médicale).

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
155-Santé physique - Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de GMF	13	13	15	L'engagement 2016-2017 est atteint.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	75	73,68	85	L'engagement 2016-2017 pour l'indicateur 1.09.27 est presque atteint. Le CISSS accentue ses démarches de recrutement avec l'arrivée prévue de 38 médecins pour l'année 2017. La prise en charge de nouveaux patients par les médecins qui entrent en pratique a débuté par attribution particulière par le GAMF. Le GAMF est mis à contribution en collaboration avec le DRMG et les Tables locales de médecine générale (TLMG) afin d'optimiser la prise en charge des patients par les médecins. Le CISSS déploie tous les efforts possibles en collaboration avec le DRMG et l'association médicale locale afin d'augmenter le pourcentage de prise en charge pour la population de l'Outaouais.
160-Santé physique - Imagerie médicale				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	50	49,1	100	(Indicateurs 1.09.34.02 à 1.09.34.09) Précisions : Durant l'année 2016-2017, plusieurs données étaient manquantes concernant l'imagerie médicale et des actions ont été prises afin que puissent être colligées l'ensemble des données. De ce fait, les données sont complètes depuis la période 9 de l'année financière 2016-2017. Les engagements de l'EGI 2016-2017 dans les services d'imagerie médicale sont presque atteints pour 4/8 des indicateurs de l'imagerie médicale : la scopie, la mammographie diagnostique, les échographies cardiaques ainsi que la résonance magnétique. Les engagements 2016-2017 ne sont pas atteints pour les échographies obstétricales, les échographies mammaires, les autres échographies ainsi que la tomодensitométrie. Plusieurs facteurs expliquent ces écarts aux engagements. Tel que mentionné, l'ampleur des listes d'attente pour le secteur urbain n'est documentée que depuis la période 9 de l'année financière. Ces listes se sont avérées importantes et certains délais d'attente demeurent à ce jour bien au-delà de la norme. Le volume des examens demandés pour les patients admis en provenance de l'urgence et des unités de soins est important et a un impact direct sur la capacité du service de voir les patients en externe.
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90	83,6	100	
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90	76,2	100	
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	75	67,8	100	

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	75	45,5	100	(suite) Plusieurs mesures sont mises en place pour améliorer la situation. Entre autre, une utilisation régionale du parc d'équipement est visée. Les plages horaires ont été allongées en mammographie en juin 2016 et en tomodensitométrie et en résonnance magnétique en novembre 2016. De même, un exercice de standardisation dans la méthodologie d'attribution des rendez-vous au plan régional est en cours. Depuis mai 2017, des critères de priorisation plus spécifiques selon la provenance des patients ont été établis par les radiologistes. Des principes de révision de l'organisation du travail guident nos activités d'amélioration continue et les gestionnaires cherchent des façons de faire adaptées aux volumes fluctuant de demandes.
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	75	49,2	100	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90	71	100	
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	65	63,9	100	
165-Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	89,4	N/A	L'engagement 2016-2017 n'est pas atteint. Actuellement, il y a vérification et validation des unités de soins critiques et de soins de longue durée en cours en collaboration avec les coordonnateurs clinico-administratifs des soins infirmiers. La liste des zones grises ainsi que le calendrier de nettoyage sont déjà déterminés et approuvés par le service de prévention des infections. Suite à la validation des unités de soins ciblés, il reste à s'assurer qu'il y ait un responsable des zones grises désigné par unité de soins et que le registre de vérification soit implanté, avec la collaboration des coordonnateurs clinico-administratifs des soins infirmiers et le service de prévention des infections. Ce qui reste à réaliser : 1. Mettre en place un registre centralisé, en collaboration avec les soins infirmiers et le service de prévention des infections. 2. Définir un plan d'action en collaboration avec la prévention des infections et les soins infirmier afin de rétablir la conformité de la prise en charge des zones grises.

Indicateurs	Engagement 2016-2017 (P13)	Résultat de l'année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
170-Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	7,3	9,02	6,76	Indicateurs 3.01; 3.05.02 et 3.06.00 Les engagements 2016-2017 ne sont pas atteints pour ces trois indicateurs. Le dépassement de la cible sur le ratio d'assurance salaire est le plus marqué. Ceci a un effet sur la disponibilité de la main-d'œuvre et par conséquent agit comme un vase communicant vers les taux d'utilisation du temps supplémentaire et de recours à main-d'œuvre indépendante. Pour ce dernier indicateur, nous retournons à un niveau similaire à celui de l'an dernier. Facteurs contraignants : Il est à noter que les trois situations d'urgence (Évacuation de l'Hôpital Pierre-Janet, Gestion du dégât d'eau à l'Hôpital de Hull et évacuation du CHSLD de Maniwaki) ont généré une demande accrue de personnel et par conséquent, une hausse de l'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante. Mesures mises en place : Un plan sur la gestion de la présence au travail a été priorisé et déployé depuis novembre 2016. Les effets de ce plan devraient se sentir à moyen et long terme. De plus, des actions ont été ciblées selon quatre axes d'intervention afin d'agir sur la disponibilité de la main-d'œuvre. Ces axes sont le recrutement intensif, l'offre d'emplois attractifs, les bonnes pratiques de gestion et la mise en place d'un comité RH du comité de direction.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,03	4,97	4,01	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,37	0,46	1,01	
180-Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le RRSS	95	99,5	N/A	L'engagement 2016-2017 est atteint et dépassé.

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

5.1 L'agrément

Au cours de la dernière année, le CISSS de l'Outaouais a travaillé à la préparation et à la réalisation de sa première (1^{ère}) visite d'agrément à titre de centre intégré, en plus d'assurer le suivi et de consolider les échéanciers qui prévalaient pour les anciens établissements.

Rapport global des critères de non-conformités des anciens établissements

Installations	Dates de la visite ou de la demande de la conformité	Critères non conformes	Échéances	États de la réalisation
CSSS des Collines	Automne 2015	4	19 avril 2016	Suivis complétés
CSSS Vallée-de-la-Gatineau	Printemps 2014	6	15 avril 2016 et 15 octobre 2016	Suivis complétés
CSSS de Gatineau	Hiver 2014	3	7 juillet 2016	Suivis complétés

Suivis des recommandations

La structure qualité du CISSS de l'Outaouais a actualisé des travaux afin de répondre aux recommandations faites par Agrément Canada et voici les réalisations :

Pratiques organisationnelles requises (POR)

- Mise en place d'un comité interdisciplinaire organisationnel dont l'un des principaux mandats est l'écriture d'un programme sur la prévention des chutes;
- Identification de l'utilisateur en laboratoire biomédicaux;
- Présentation de différents rapports sur la sécurité des usagers;
- Déploiement de mesures adéquates pour la thromboprophylaxie ainsi que le suivi de mesures en vue d'amélioration continue.

Critères à priorités élevés

- Évaluation des résidents en temps opportun;
- Élaboration d'une procédure « Critères normalisés pour déterminer si un usager peut être transféré de l'urgence »;
- Démonstration de la poursuite d'activités d'amélioration continue;
- Audit de dossier sur l'utilisation d'une grille de surveillance des usagers recevant des narcotiques.

En plus d'avoir consolidé les différentes recommandations des anciens établissements, le CISSS de l'Outaouais a reçu sa première (1^{ère}) visite d'agrément suivant l'entrée en vigueur de la Loi 10. Du 13 au 17 février derniers, une équipe de visiteurs d'Agrément Canada était présente dans nos installations afin d'évaluer notre conformité aux exigences du programme d'agrément. Lors de leur séjour, les visiteurs ont évalué douze (12) secteurs de normes à travers quarante (40) installations. Le rapport issu de leur visite a été produit le 23 mars 2017.

Le résultat global obtenu pour cette visite est de 81,4 %. Le CISSS de l'Outaouais conserve à cette étape-ci le statut d'organisme agréé, et ce, jusqu'à ce que la décision définitive soit prise en 2019 à la suite de la seconde visite du présent cycle d'agrément. Pour maintenir ce statut, certains critères requièrent des suivis avec des échéanciers à respecter, soit le 30 juillet 2017 et le 30 janvier 2018. Les équipes sont maintenant à l'œuvre pour répondre aux échéanciers et pour préparer la prochaine visite. Les suivis effectués feront partie du rapport annuel de gestion de la prochaine année.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

L'année 2016-2017 marque une étape importante pour le comité de gestion des risques. En effet, ses membres ont été nommés et le comité de gestion des risques stratégique (CGRi) et les sous-comités de gestion des risques (SCGRi) ont actualisé le modèle de la gestion des risques au sein de l'organisation. Les rencontres se sont tenues selon le calendrier établi, soit quatre fois par année pour chacun des comités. Dans le souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, voici quelques actions réalisées pour promouvoir la déclaration et la divulgation :

- Élaboration d'un aide-mémoire;
- Création d'un dépliant sur les procédures de gestion des risques qui a été envoyé aux gestionnaires et diffusé au personnel;
- Formation offerte à plus de 733 personnes sur la complétion du formulaire de déclaration des incidents/accidents;
- Élaboration d'un rapport trimestriel sous forme de tableau de bord et présentation au comité de gestion des risques stratégique et à chacun des sous-comités tactiques;
- Élaboration de rapports personnalisés par direction sous forme de tableau de bord et présentation aux sous-comités tactiques;
- Appropriation de l'analyse des tableaux lors des rencontres des sous-comités avec des actions à entreprendre afin de promouvoir la déclaration.

L'équipe de gestion des risques poursuit ses efforts de sensibilisation à la culture de déclaration en maintenant des activités de formation continue, ainsi que son soutien aux équipes.

Principaux risques d'incident/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Voici les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen des événements déclarés aux formulaires AH-223, entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017 et ayant été saisis aux registres locaux des incidents/accidents. Il est à noter que l'extraction des données a eu lieu le 2 mai 2017.

Tableau 1 : Nombre total d'événements déclarés

2015-2016		2016-2017		Variation du nombre
NB	%	NB	%	
13339	100,0 %	12485	100,0 %	↘ (854)

Le tableau 1 présente le nombre total d'événements déclarés au CISSS de l'Outaouais. Ainsi, le nombre d'événements déclarés pour l'année 2016-2017 a été de 12 485. De ce nombre, la moitié des événements déclarés proviennent de la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) avec 50,5 % du total des événements, suivi de la direction des soins infirmiers (DSI) avec un peu moins de 30 %.

Tableau 2 : Répartition des trois catégories d'événements les plus déclarés pour l'année financière 2016-2017

Catégories	2015-2016		2016-2017		Variation %
	NB	%	NB	%	
Chute/quasi-chute	5901	44,2 %	5779	46,3 %	↗
Médicament	3565	26,7 %	3002	24,0 %	↘
Autre	2168	16,3 %	2122	17,0 %	↗
Total des trois catégories	11634	87,2 %	10903	87,3 %	↗

- Les chutes constituent la catégorie d'événements la plus fréquemment déclarée avec 46,3% du total des déclarations en 2016-2017;
- 66,7 % des chutes déclarées sont survenues à la direction SAPA;
- Les événements de médication représentent la deuxième catégorie en importance avec respectivement 24,0 %;
- Les directions DSI et SAPA constituent 78,0 % des événements déclarés liés à la médication;
- Les événements de la catégorie « autre » représentent 17,0 % des événements déclarés au cours de l'année 2016-2017.

Notons que ces trois catégories d'événements combinées constituent 87,3 % du total des événements déclarés cette année.

Recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec les priorités en matière de :

Gestion des risques d'incidents/accidents

	OBJECTIFS ORGANISATIONNELS	RÉSULTATS
1.	Renforcer la culture de déclaration en visant une augmentation du nombre de déclarations	Diminution de 854 déclarations.
2.	Diminuer le délai moyen de traitement des formulaires de déclaration à 21 jours	Délai moyen de 30,5 jours.
3.	Finaliser l'implantation de la structure de gestion des risques	La constitution des sous-comités de gestion des risques par direction est atteinte et les comités sont fonctionnels.

Voici quelques actions et suivis mis en place suite à l'analyse des événements déclarés :

- Diffusion des procédures de gestions des risques;
- Formation et sensibilisation auprès des équipes à l'importance de la déclaration au moyen du formulaire AH-223;
- Présentation des tableaux de bord et du plan d'action aux employés par directions cliniques;
- Diffusion des résultats des tableaux de bord aux équipes opérationnelles;
- Accompagnement individuel auprès des techniciennes en administration ou agente administrative afin de s'assurer que le calendrier de saisie soit respecté;
- Mise en place du comité interdisciplinaire de prévention des chutes, du comité pharmaco-nursing et du comité en prévention des infections;
- Application des solutions proposées lors de l'analyse d'un processus;
- Suivi de l'indicateur sur le nombre d'incidents et d'accidents déclarés dans la salle de pilotage stratégique.

Le comité de gestion des risques stratégique a suivi les actions entreprises et l'avancement des travaux. Le comité n'a émis aucune recommandation.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : INSTALLATIONS PARTICIPANTES															
	HÔPITAL DE GATINEAU			HÔPITAL DE HULL			HÔPITAL DE PAPINEAU			HÔPITAL DU PONTIAC			HÔPITAL DE MANIWAKI		
CUMULATIF : P.1 À P.13 / 2016-2017	# CAS	TAUX	CIBLE	# CAS	TAUX	CIBLE	# CAS	TAUX	CIBLE	# CAS	TAUX	CIBLE	# CAS	TAUX	CIBLE
ERV COLONISATION ¹	10	1.64	9.76	105	15.7	9.76	6	3.0	9.76	16	13.5	9.76	26	18.4	9.76
ERV INFECTION	0	0	0	5	0.74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DACD ²	24	3.9	5.7	60	9.0	5.7	4	2.0	5.0	5	4.2	5.0	9	6.4	5.0
BACTÉRIÉMIE À SARM ²	0	0	0.51	1	0.15	0.51	0	0	0.51	0	0	0.51	0	0	0.51
BACTÉRIÉMIE CATHÉTER CENTRAUX / SOINS INTENSIFS ²				0	0	2.02									
BACTÉRIÉMIE CATHÉTER CENTRAUX / HÉMODIALYSE ²				3	0.15	0.64	0	0	0.64				0	0	0.64
HYGIÈNE DES MAINS : TAUX GLOBAL Cible ³ : 80%	64 % (indicateur CISSSO)			48 % (indicateur CISSSO)			71 % (indicateur CISSSO)			97 % (indicateur CISSSO)			69 % (indicateur CISSSO)		
	75 % (formulaire GESTRED)			56 % (formulaire GESTRED)			65 % (formulaire GESTRED)			93 % (formulaire GESTRED)			75 % (formulaire GESTRED)		

¹ Cible : moyenne provinciale 2015-2016

² Cible : taux établis par le MSSS

³ Cible : campagne québécoise de soins sécuritaires

ERV : Entérocoque résistant à la Vancomycine

DACD : Diarrhée associée au Clostridium difficile

SARM : Staphylocoque résistant à la Méricilline

Taux global d'hygiène des mains = moment avant et après contact avec l'utilisateur

Voici quelques actions faites par le CISSS de l'Outaouais afin de contrôler les infections nosocomiales dans l'établissement :

- Création d'un nouveau poste à temps complet à la fonction de conseillère en prévention des infections depuis mars 2017;
- Arrivée d'une microbiologiste-infectiologue en septembre 2016 qui joue le rôle d'officier en prévention des infections auprès de l'équipe et qui rencontre hebdomadairement les conseillères en prévention des infections;
- Comité de gestion des antimicrobiens depuis novembre 2016;
- Un nouveau protocole pour le traitement des DACD est en voie d'approbation au comité de pharmacologie;
- Campagne organisationnelle d'hygiène des mains lancée le 2 mars 2017;
- Élaboration de 2 directives «Hygiène des mains» : l'un sur les audits des pratiques et l'autre sur la formation;

- Suivi de l'Indicateur «Hygiène des mains-taux de conformité» dans la salle de pilotage stratégique depuis l'automne 2016.

Le comité de gestion des risques stratégique a suivi les actions entreprises et l'avancement des travaux. Le comité n'a émis aucune recommandation.

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

Le 28 janvier 2016, le conseil d'administration a adopté La *Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques P-003*. Au cours de l'année 2016-2017, les équipes consultatives se retrouvant dans la direction soutien à l'autonomie de la personne âgée (DSAPA), la direction programme déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme (DI-DP-TSA), la direction programme Jeunesse (DJ), la direction santé mentale et dépendance (DSMD) ainsi que la direction des Soins infirmiers (DSI) se sont particulièrement investies dans l'élaboration du protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CISSS de l'Outaouais. Conformément aux orientations ministérielles, ce protocole est fondé sur le cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Son adoption par le conseil d'administration est prévue au cours de l'année 2017-2018.

Voici, pour l'ensemble de ces directions cliniques, les principaux constats pour l'année 2016-2017 en lien avec l'utilisation des mesures exceptionnelles de contrôle:

- Elles sont utilisées lors de la présence d'un danger potentiel pour la sécurité de l'utilisateur ou pour autrui;
- Elles sont utilisées en dernier recours et lorsque les moyens alternatifs tentés sont non concluants;
- Le choix de la mesure de contrôle se fait en fonction d'être la moins contraignante possible pour l'utilisateur;
- L'utilisation d'une mesure exceptionnelle de contrôle peut survenir dans deux contextes : celui d'une intervention planifiée et celui d'une intervention non planifiée.

Voici un résumé sommaire des réalisations en 2016-2017 par directions cliniques :

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

Les mesures exceptionnelles de contrôle sont inscrites dans le plan de travail et sont toujours planifiées. Elles sont utilisées en respect de la politique et du protocole/procédure. Leur utilisation est en lien avec le plan d'intervention/plan de soin/plan de traitement. De plus, leur application est rigoureusement inscrite au registre de moyen de contrôle. Aucune situation d'utilisation de substance chimique n'est notée pour la direction. L'emphasis sur l'utilisation des mesures alternatives a été mise et deux constats en sont ressortis :

- 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 hospitalisé en unité gériatrique.

Le programme d'orientation aux unités gériatriques de l'installation de l'hôpital de Hull comprend une section sur les mesures exceptionnelles de contrôle. De plus, en juillet 2016, des capsules de formation ont été diffusées. En tout, 76 personnes ont reçu la formation en lien sur les mesures exceptionnelles de contrôle. Par ailleurs, le cadre de référence est disponible au personnel en CHSLD.

Direction des programmes jeunesse (DJ)

La majorité des mesures de contrôle se retrouvent en milieu de réadaptation dans la direction du programme jeunesse. Divers travaux ont été faits dans la dernière année, afin d'améliorer la rigueur dans le suivi et l'analyse des recours aux mesures exceptionnelles. Ces suivis permettent d'assurer la conformité des mesures et le respect de la procédure tout en permettant une analyse qualitative des situations dans le but de soutenir des interventions appropriées.

Pour la clientèle en hébergement, les mesures de contrôle sont des mesures non planifiées. 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. Ainsi, dans ces contextes, les mesures de contrôle nécessitent une application immédiate, voir urgente et ne peuvent être planifiées. En tout temps, les équipes recherchent d'autres interventions préalables en appliquant les principes OMEGA et les interventions privilégiées pour l'enfant, mais l'impulsivité et les caractéristiques de la clientèle font en sorte que le danger et la responsabilité de protection requièrent parfois une mesure de contrôle.

En milieu hospitalier, la mesure de contrôle est appliquée en continuité avec le plan de soins et est prescrite par le médecin traitant pour toute situation planifiée.

En tout temps, les mesures de remplacement doivent être articulées à partir d'une évaluation globale de la situation de l'enfant. Les facteurs de risque et de protection vis-à-vis le recours aux mesures exceptionnelles de contrôle sont considérés.

Les formations OMEGA et OMEGA + sont les formations privilégiées. En 2016-2017, 30 éducateurs ont reçu la formation OMEGA.

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

La Direction DI-DP-TSA dessert une clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) et/ou 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, soit : centre d'activités de jour, services à la carte (SALC), milieu d'hébergement et autres milieux fréquentés comme par exemple les organismes communautaires. Elles peuvent survenir dans deux contextes : celui d'une intervention planifiée et celui d'une intervention non planifiée. À ce jour, le suivi de l'application des mesures de contrôle concerne la contention et l'isolement.

L'utilisation de substances chimiques, fait l'objet d'un protocole de médication au besoin (Protocole PRN). Des consultations ont eu lieu afin de voir à la possibilité de colliger le recours aux substances chimiques. À cet effet, des mesures ont été discutées et font présentement l'objet d'une analyse. Des outils de travail sont en élaboration afin de permettre entre autre : de répertorier le nombre de protocoles PRN actifs pour des raisons comportementales au sein de la clientèle DI-TSA, de répertorier les révisions des protocoles en place et de répertorier le nombre de nouveaux protocoles qui seront développés pour des motifs comportementaux.

La DDIDPTSA observe une certaine constance dans le nombre de mesures appliquées annuellement depuis 2015. En effet, 33 mesures y avaient été déclarées comparativement à 36 mesures cette année. Cependant, nous pouvons aussi remarquer que les deux années précédentes dénombraient un plus grand nombre de mesures déclarées. Il sera donc intéressant d'analyser les données de l'an prochain afin d'en tirer des hypothèses causales.

Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD)

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont la contention chimique, la salle d'isolement, le plan de chambre et le retrait de privilèges. Elles sont majoritairement non planifiées. Plusieurs actions sont prises afin de permettre l'application des mesures de remplacement comme par exemple : des séances de formation, des séances de rafraîchissement sur les procédures et sur les différents outils disponibles. Plusieurs personnes ont suivi la formation Oméga en 2016-2017 et elle sera maintenue pour l'année 2017-2018.

Direction des soins infirmiers (DSI)

La clientèle pouvant nécessiter des mesures de contrôle à la direction des soins infirmiers est très variée. Il peut s'agir de clients présentant des problématiques de santé mentale, de troubles cognitifs, de pathologies physiques et de clients intubés et ventilés aux soins intensifs. Les mesures de contrôle peuvent être planifiées ou non planifiées. Les mesures de contrôle les plus fréquemment utilisées sont la ceinture abdominale au lit et au fauteuil pour les unités de soins et l'urgence. Au niveau des soins intensifs, les contentions aux poignets sont la mesure de contrôle la plus utilisée afin de prévenir les extubations chez les patients sous sédation.

Suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances suivantes :

Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2016-2017, les commissaires ont émis 68 recommandations. Ils ont assuré le suivi de ces nouvelles recommandations ainsi que le suivi de 26 recommandations émises dans les années antérieures qui elles,

étaient encore en cours de réalisation en début d'année. Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, 32 recommandations ont été réalisées cette année et **3** ont dû être annulées puisqu'elles n'étaient plus réalisables pour diverses raisons. Ainsi, 59 recommandations demeurent en suivi actif au début de l'année 2017-2018. Toutes ces recommandations font l'objet d'un suivi auprès du Comité de vigilance et de la qualité. Voici une liste des réalisations :

- Élaboration et adoption d'une procédure sur la gestion des événements sentinelles;
- Élaboration et adoption d'une politique sur le frais de déplacement des usagers;
- Suivi d'ordre disciplinaire suite à un manquement par un membre du personnel;
- Révision de l'application du protocole sur les mesures de contrôle;
- Remise du dépliant « Je suis attaché à ma liberté! Contention physique, contention chimique et isolement en santé mentale » dans la pochette d'accueil lors de l'admission de l'usager en santé mentale;
- Réalisation du plan d'intervention qui reflète les exigences définies par la direction des services multidisciplinaire;
- Complétion des notes d'observation de l'infirmière dûment signées ainsi que les rapports d'incident/accident AH-223;
- Révision du processus de triage dans les urgences des hôpitaux;
- Révision de la qualité et de la fluidité de l'offre de services rendus ;
- Disponibilité d'un milieu adapté aux besoins de la personne lors de son hospitalisation ou lors de son hébergement;
- Amélioration du transport des dossiers dans les unités hospitalières;
- Disponibilité de fauteuils roulants en tout temps à l'hôpital de Papineau.

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen a émis 28 recommandations à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de 2 recommandations de l'année antérieure a mené à la réalisation de 15 d'entre elles. Une quinzaine de recommandations sont à poursuivre en 2017. Voici les suivis qui ont été faits par le CISSS de l'Outaouais :

- Modification de la modalité de facturation;
- Attribution d'un médecin à un client du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et revoir la modalité d'attribution lors d'un changement de disponibilité d'un médecin;
- Encadrement auprès de professionnels lors d'un manquement d'ordre disciplinaire;
- Rectification du processus de classement des documents reçus à l'urgence;
- Distribution d'un avis écrit sur l'admissibilité des services du soutien à domicile à un usager.

Le Coroner

Le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance des rapports d'investigation du Bureau du Coroner. L'établissement a assuré la gestion de douze (12) nouveaux rapports pour l'année 2016-2017 ainsi que le suivi de neuf (9) rapports des années antérieures. Durant l'année, dix-sept (17) rapports ont été répondus auprès du coroner en Chef. Voici la liste de la mise en œuvre des mesures correctives faite par le CISSS de l'Outaouais :

- Clarification du rôle de l'infirmière et de l'inhalothérapeute de l'urgence;
- Amélioration de la prise en charge à l'urgence, de sa trajectoire et de l'application de l'échelle canadienne de triage et de gravité;
- Maintien d'une communication adéquate entre les membres de l'équipe soignante par une approche proactive et des suivis étroits de l'utilisateur;
- Formation continue en prévention du suicide;
- Amélioration du délai de la prise en charge par l'équipe de traumatologie une fois l'utilisateur stabilisé;
- Maintien des compétences des professionnels dans la prestation de soins et des services.

Le comité de vigilance et de la qualité a recommandé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais d'adopter une politique portant sur la déclaration obligatoire d'un décès au Coroner. Cette politique fut adoptée par le conseil d'administration en date du 26 janvier 2017 et est maintenant en vigueur. Une procédure a également été élaborée par la direction des services professionnels identifiée sous le nom de « Déclaration d'un décès au Coroner ».

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

Le CISSS de l'Outaouais détient des installations pouvant accueillir les personnes mises sous garde en vertu de l'article 6 ou 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001). Le tableau suivant présente les mises sous garde sur le territoire de l'Outaouais pour 2016-2017 :

Mises sous garde - 1er avril 2016 au 31 mars 2017

	CH-Hull	CH-Gatineau	CH-Vallée-de-la-Gatineau	CH-Pontiac	CH-des Collines	CH-Papineau	CH Pierre-Janet	Total CISSS de l'Outaouais
Nb de mises sous garde préventive appliquées*	-	-	-	-	-	-	-	786
Nb d'usagers différents mis sous garde préventive**	-	-	-	-	-	-	-	-
Nb de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	11	28	3	0	0	1	6	49
Nb de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	11	28	3	0	0	1	6	49
Nb d'usagers différents mis sous garde provisoire	10	25	2	0	0	1	6	44
Nb de demandes (1eres requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	26	86	5	4	1	11	66	199
Nb de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	27	93	5	4	2	13	71	215
Nb d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	25	89	5	4	2	13	63	201
Nb d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)***	32	104	7	4	2	14	64	227

*Données non disponibles par installation pour les gardes préventives i.e. comptabilisation pour l'établissement seulement

**Données non comptabilisées par usager différent pour les gardes préventives

***Comptabilisation des usagers différents pour les gardes provisoires et les gardes en établissement seulement, car données non comptabilisées par usager différent pour les gardes préventives

Vous constaterez que le nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive n'a pas été comptabilisé pour l'année 2016-2017.

Nous confirmons que la situation sera corrigée pour les années suivantes.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

Pour consulter le rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services du CISSS de l'Outaouais, les usagers sont invités à consulter le site Web : www.cisss-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. Il répond aux questions des médias tout au long de l'année et entretient des liens avec la communauté, notamment, en passant par les élus (fédéraux, provinciaux et municipaux) et le comité des usagers.

Les citoyens peuvent aussi se référer en tout temps à notre site Web 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.

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

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

De manière plus spécifique, en plus des moyens cités précédemment, l'équipe du programme d'aide aux organismes communautaires :

- 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
- Publie les activités des organismes communautaires en affichant, dans la section « *Actualités communautaires* » du site Web : www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

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 façons efficaces utilisées pour consulter et impliquer la population dans la démarche d'amélioration continue du CISSS de l'Outaouais.

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

Résumé

En juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la Loi gouvernant les soins de fin de vie dont l'entrée en vigueur était prévue pour décembre 2015. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mis en place une gouvernance du projet en partenariat avec le réseau. Les différents chantiers ont permis d'identifier les livrables, les moyens et les outils nécessaires à l'harmonisation des pratiques de soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) selon les modalités prescrites par la loi.

Fait important à noter, la loi touche l'ensemble des soins de personnes qui sont en fin de vie, réitérant de façon explicite l'importance des soins palliatifs en plus des soins de fin de vie, soit la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir. De plus, une section importante de la loi définit les droits des personnes en fin de vie et la mise sur pied du régime des directives médicales anticipées et son système.

C'est ainsi que peu de temps après la naissance du CISSS de l'Outaouais le 1^{er} avril 2015, un groupe de pilotage s'est mis en œuvre qui réunissait alors plusieurs instances administratives et médicales reliées à la gestion des soins palliatifs et les nouveaux soins de fin de vie prévus à la loi. Parallèlement, un comité de gouverne a été créé regroupant les directeurs concernés par l'implantation de la loi pour gérer son implantation. Le 10 décembre 2015, la loi était finalement en place.

Entre le 10 décembre 2015 et le 9 décembre 2016, 2704 patients ont bénéficié de soins palliatifs et de fin de vie. Trente (30) sédations palliatives continues ont été administrées durant la même période. Il y a eu 15 demandes d'aide médicale à mourir, dont trois (3) ont finalement été retirées par le patient, et dans un (1) cas, le patient est décédé avant de recevoir l'aide médicale à mourir. Il y a donc 11 soins d'aide médicale à mourir qui ont été administrés pendant cette période.

Pour le rapport annuel de 2015-2016, les données présentées étaient celles du premier (1^{er}) semestre suivant la mise en place de la Loi gouvernant les soins de fin de vie, soit du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

Pour le rapport annuel de 2016-2017, les données présentées sont celles de toute la première (1^{ère}) année suivant la mise en place de la loi, soit du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice : 2015-16 et 2016-17

du:

10-déc-15

au:

09-déc-16

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 2015-12-10 au 2016-12-09 Informations complémentaires:	714				714
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du 2015-12-10 au 2016-12-09 Informations complémentaires:		352			352
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du 2015-12-10 au 2016-12-09 Informations complémentaires:			1320		1320
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du 2015-12-10 au 2016-12-09 Informations complémentaires:				318	318
Sédation palliative continue		24	4		2	30
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	10	1	3	1	15
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	7	1	2	1	11
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires: 1 personne décédée avant l'administration 3 personnes ont retiré leur demande et ont bénéficié d'une augmentation de l'offre de soins palliatifs	3		1		4

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT				
<u>PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES</u>		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1 - C.2)
		1	2	3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps Complet, nombre de personnes (Note 1)	1	284	305	-21
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	8	5	3
- Équivalents temps complet (Note 4)	3	6,88	3,8	3,08
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	7	27	-20
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	4908	4974	-60
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	2168	2202	-34
- Équivalents temps complet (Note 4)	7	2101,1	2122	-20,9
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	10	18	-8
<u>PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)</u>				
Nombre d'heures rénumérées au cours de l'exercice	9	3489289,45	3278244,93	211044,52
Équivalent temps complet (Notes 3 et 4)	10	1909,85	1787,48	122,37

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

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

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

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

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

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs						
CISSS de l'Outaouais		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	682 599	6 603	689 202	376	426
	2015-16	612 821	2 695	615 516	337	380
	2016-17	574 415	5 155	579 570	316	365
	Variation	(15,8 %)	(21,9 %)	(15,9 %)	(15,9 %)	(14,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 172 498	11 615	2 184 113	1 202	1 496
	2015-16	2 107 108	10 951	2 118 059	1 166	1 437
	2016-17	2 093 681	13 507	2 107 188	1 159	1 423
	Variation	(3,6 %)	16,3 %	(3,5 %)	(3,6 %)	(4,9 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 769 698	213 290	3 982 988	2 018	2 693
	2015-16	3 794 802	201 789	3 996 591	2 030	2 706
	2016-17	3 791 651	233 089	4 024 740	2 025	2 705
	Variation	0,6 %	9,3 %	1,0 %	0,4 %	0,4 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 232 601	174 896	6 407 497	3 411	4 778
	2015-16	6 171 897	154 379	6 326 276	3 377	4 654
	2016-17	6 102 369	201 011	6 303 380	3 341	4 650
	Variation	(2,1 %)	14,9 %	(1,6 %)	(2,1 %)	(2,7 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 349 776	27 293	1 377 069	689	1 241
	2015-16	1 327 240	23 052	1 350 292	679	1 216
	2016-17	1 316 634	24 341	1 340 975	673	1 181
	Variation	(2,5 %)	(10,8 %)	(2,6 %)	(2,3 %)	(4,8 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	27 235	67	27 302	15	127
	2015-16	16 029	24	16 053	9	109
	2016-17	12 710	33	12 743	7	71
	Variation	(53,3 %)	(50,9 %)	(53,3 %)	(52,6 %)	(44,1 %)
Total du personnel	2014-15	14 234 407	433 764	14 668 171	7 711	10 132
	2015-16	14 029 897	392 890	14 422 786	7 597	9 915
	2016-17	13 891 460	477 137	14 368 597	7 522	9 883
	Variation	(2,4 %)	10,0 %	(2,0 %)	(2,5 %)	(2,5 %)
Cible 2016-2017 en heures rémunérées				14 515 346		
Écart à la cible - en heures				(146 749)		

En 2016-2017, la cible établie par le MSSS dans le cadre de la LGCE a été atteinte avec une diminution de 2 % des heures rémunérées par rapport à 2015-2016.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 Les états financiers



Les états financiers du CISSS de l'Outaouais ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CISSS de l'Outaouais reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jean Hébert
Président-Directeur général

Stéphane Pleau
Directeur des ressources financières



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
200, rue Montcalm,
Suite 405
Gatineau QC J8Y 3B5

Tél.: 819-770-3221
Télec.: 819-770-9662
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais

Les états financiers résumés ci-joints de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, 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 d'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 au 31 mars 2017 et au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées. Nous avons exprimé par conséquent une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice terminée le 31 mars 2016.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte SENACK /sr/ ^①

15 juin 2017

^①FCPA, auditrice, FCA, permis de comptabilité publique no A115222

Résultats financiers

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CISSS de l'Outaouais		1104-5218		200-00 /		
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE				
ÉTAT DES RÉSULTATS						
		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	733 427 835	712 041 789	35 663 602	747 705 391	746 218 149
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	167 868	171 360		171 360	169 725
Contributions des usagers	3	40 812 252	42 686 075	XXXX	42 686 075	40 787 594
Ventes de services et recouvrements	4	7 400 000	6 515 427	XXXX	6 515 427	7 248 467
Donations (FI:P294)	5	3 750 000	2 083 261	1 623 993	3 707 254	3 681 014
Revenus de placement (FI:P302)	6	145 000	89 883	4 589	94 472	213 259
Revenus de type commercial	7	490 000	437 747		437 747	493 616
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	11 561 080	11 570 340	112 648	11 682 988	11 937 968
TOTAL (L.01 à L.11)	12	797 754 035	775 595 882	37 404 832	813 000 714	810 749 792
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	512 085 141	521 152 975	XXXX	521 152 975	516 422 690
Médicaments	14	23 180 137	24 283 217	XXXX	24 283 217	23 285 359
Produits sanguins	15	18 500 000	22 126 830	XXXX	22 126 830	17 774 051
Fournitures médicales et chirurgicales	16	28 118 983	30 109 889	XXXX	30 109 889	30 424 515
Denrées alimentaires	17	6 066 000	5 847 052	XXXX	5 847 052	6 218 721
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	42 610 000	45 203 719	XXXX	45 203 719	43 099 533
Frais financiers (FI:P325)	19	10 415 000	536 518	8 957 266	9 493 784	10 455 527
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	23 000 000	19 179 574	3 650 683	22 830 257	23 396 550
Créances douteuses	21	1 700 000	2 291 381	XXXX	2 291 381	1 780 403
Loyers	22	12 155 000	11 561 848	XXXX	11 561 848	12 327 635
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	24 600 000	XXXX	23 202 255	23 202 255	24 053 691
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	930 000	XXXX	589 675	589 675	914 853
Dépenses de transfert	25	24 065 645	24 667 780	XXXX	24 667 780	24 032 307
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	70 149 423	68 606 458	817 500	69 423 958	76 311 836
TOTAL (L.13 à L.27)	28	797 575 329	775 567 241	37 217 379	812 784 620	810 497 671
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	178 706	28 641	187 453	216 094	252 121

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(64 239 091)	6 788 240	(57 460 851)	(57 702 972)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(64 239 091)	6 788 240	(57 460 851)	(57 702 972)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	28 641	187 453	216 094	252 121	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(64 210 450)	6 975 693	(57 234 757)	(57 450 851)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	3 610 223	3 848 356	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(60 844 980)	(61 299 207)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(57 234 757)	(57 450 851)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 787 298	500 135	3 377 433	27 023 853
Placements temporaires	2	615 000		615 000	3 945 315
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	28 559 289	11 709 931	40 269 220	53 057 620
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	9 398 045	3 630 174	13 028 219	13 138 689
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	795 620	(795 620)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	49 023 421	64 912 360	113 935 781	111 921 175
Placements de portefeuille	8	1 000 000	1 200 000	2 200 000	
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 365 850	1 365 850	1 063 875
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 330 645	110 546	1 441 191	2 105 663
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	93 507 318	82 723 376	176 230 694	212 256 190
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	44 800 000	25 250 026	70 050 026	118 807 409
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	61 055 488	2 942 929	63 998 417	69 452 987
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		1 931 862	1 931 862	2 524 507
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	4 511 215	19 369 089	23 880 304	22 183 740
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	359 261 299	359 261 299	350 557 960
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	9 490 808	9 490 808	8 673 308
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	63 778 766	XXXX	63 778 766	62 011 143
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	980 401		980 401	2 363 336
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	175 125 870	418 246 013	593 371 883	636 574 390
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(81 618 552)	(335 522 637)	(417 141 189)	(424 318 200)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	342 498 330	342 498 330	351 747 661
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	12 058 182	XXXX	12 058 182	11 814 848
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	5 349 920		5 349 920	3 304 840
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	17 408 102	342 498 330	359 906 432	366 867 349
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(64 210 450)	6 975 693	(57 234 757)	(57 450 851)
<i>Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)</i>					
<i>Éventualités (pages 636-01 et 636-02)</i>					
<i>Colonne 2: Établissements publics seulement</i>					
<i>Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro</i>					
<i>Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement</i>					

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(405 801 123)	(79 358 779)	(344 959 421)	(424 318 200)	(425 253 080)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(405 801 123)	(79 358 779)	(344 959 421)	(424 318 200)	(425 253 080)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	11 259	28 641	187 453	216 094	252 121
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(24 000 000)	XXXX	(14 542 599)	(14 542 599)	(25 557 457)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	24 600 000	XXXX	23 202 255	23 202 255	24 053 691
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	930 000	XXXX	589 675	589 675	914 853
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	1 530 000	XXXX	9 249 331	9 249 331	(588 913)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(103 600 000)	(109 704 153)	XXXX	(109 704 153)	(103 539 058)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(8 900 000)	(13 249 842)		(13 249 842)	(8 891 562)
Utilisation de stocks de fournitures	17	103 600 000	109 480 819	XXXX	109 480 819	104 050 652
Utilisation de frais payés d'avance	18	8 900 000	11 204 762		11 204 762	9 651 640
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	0	(2 288 414)		(2 288 414)	1 271 672
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	1 541 259	(2 259 773)	9 436 784	7 177 011	934 880
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(404 259 864)	(81 618 552)	(335 522 637)	(417 141 189)	(424 318 200)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	216 094	252 121	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(2 288 414)	1 271 672	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	589 675	914 853	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	1 790 282	129 476	
Amortissement des immobilisations	8	23 202 255	24 053 691	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	257 463	264 301	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(1 120 717)	(3 749 271)	
Autres (préciser P297)	13			
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	22 430 544	22 884 722	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	9 105 091	(624 128)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	31 751 729	22 512 715	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(16 479 226)	(23 867 002)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(16 479 226)	(23 867 002)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	3 330 315	(125 509)	
Placements de portefeuille effectués	21	(2 200 000)		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	1 130 315	(125 509)	

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DON, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

	Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
Réforme Comptable (CSSSG)	2	862 223		377 351	484 872	377 351	
Fondation santé Gatineau et VG	3	9 426 326	4 123 269	2 916 774	10 632 821	(1 206 495)	
FSSA	4	18 242	6 300	3 088	21 454	(3 212)	
Ass. des bénévoles	5	16 673		1 722	14 951	1 722	
Club Lions d'Aylmer	6	5 248		1 378	3 870	1 378	
Roche	7	7 035		828	6 207	828	
Légion Royale	8	1 687		250	1 437	250	
Comité des usagers	9	87 226		5 257	81 969	5 257	
OES	10	128		128	0	128	
Telus	11	4 827		2 145	2 682	2 145	
GE Healthcare	12	33 833		1 167	32 666	1 167	
Divers	13	142 509		49 918	92 591	49 918	
Dons équipements	14	832 126	354 345	48 866	1 137 605	(305 479)	
Achat équipement	15	435 958	81 191	73 396	443 753	(7 795)	
Dons-Territoire Gatineau	16	1 687			1 687	0	
Dons-territoire de Pontiac	17	6 337			6 337	0	
Fonds Ranger	18	5 012	52	5 064	0	5 012	
Réforme comptable Pontiac	19	176 081		69 181	106 900	69 181	
Dons Pontiac	20	564 555	24 024	59 417	529 162	35 393	
Activités FPG	21	2 568		2 515	53	2 515	
Activités FAG	22	210			210	0	
MAD	23	2 515			2 515	0	
MAD Gracefield	24	194	1 024	1 015	203	(9)	
Autres (préciser P297)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	12 633 200	4 590 205	3 619 460	13 603 945	(970 745)	
DOTATIONS							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:							
Fondation	29	1 449 899	50 882	86 230	1 414 551	35 348	
Fondation RessourSe	30	5 245		1 564	3 681	1 564	
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	1 455 144	50 882	87 794	1 418 232	36 912	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	14 088 344	4 641 087	3 707 254	15 022 177	(933 833)	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	18 523	599 680	607 198	11 005	7 518	
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38		1 476 063	1 476 063	0		
Fonds Immobilisations (P294)	39	14 069 821	2 565 344	1 623 993	15 011 172	(941 351)	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	14 088 344	4 641 087	3 707 254	15 022 177	(933 833)	

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	695 514 129	709 554 967	2 486 822	712 041 789	702 453 049
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	167 868	3 492	167 868	171 360	169 725
Contributions des usagers (P301)	3	40 812 252	42 686 075	XXXX	42 686 075	40 787 594
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	7 400 000	6 515 427	XXXX	6 515 427	7 248 467
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	1 950 000	607 198	1 476 063	2 083 261	2 025 142
Revenus de placement (P302)	6	100 000	89 883		89 883	172 573
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	490 000		437 747	437 747	493 616
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	11 461 080	2 309 107	9 261 233	11 570 340	11 790 957
TOTAL (L.01 à L.11)	12	757 895 329	761 766 149	13 829 733	775 595 882	765 141 123
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	512 085 141	513 941 062	7 211 913	521 152 975	516 422 690
Médicaments (P750)	14	23 180 137	24 283 217	XXXX	24 283 217	23 285 359
Produits sanguins	15	18 500 000	22 126 830	XXXX	22 126 830	17 774 051
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	28 118 983	30 109 889	XXXX	30 109 889	30 424 515
Denrées alimentaires	17	6 066 000	5 847 052	XXXX	5 847 052	6 218 721
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	42 610 000	45 203 719	XXXX	45 203 719	43 099 533
Frais financiers (P325)	19	765 000	536 518	XXXX	536 518	746 333
Entretien et réparations (P325)	20	19 100 000	19 005 097	174 477	19 179 574	19 102 578
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 700 000	2 291 381		2 291 381	1 780 403
Loyers	22	12 155 000	11 398 375	163 473	11 561 848	12 327 635
Dépenses de transfert (P325)	23	24 065 645	24 667 780		24 667 780	24 032 307
Autres charges (P325)	24	69 549 423	64 232 884	4 373 574	68 606 458	69 923 741
TOTAL (L.13 à L.24)	25	757 895 329	763 643 804	11 923 437	775 567 241	765 137 866
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(1 877 655)	1 906 296	28 641	3 257

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
SANTÉ PUBLIQUE				
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1	2 580 138	2 647 327	(67 189)
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	2	449 850	759 532	(309 682)
4130 Maladies infectieuses	3	2 237 314	1 968 147	269 167
4140 Autres activités de santé publique	4	88 508	45 828	42 680
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5	870 408	1 129 403	(258 995)
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	6			
6540 Services dentaires préventifs	7	789 475	788 167	1 308
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	8	200 591	162 600	37 991
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	9	312 812	416 024	(103 212)
6763 Promotion de la santé et du bien-être 10	10	780 005	1 207 613	(427 608)
6764 Protection de la santé	11	367 910	288 730	79 180
6765 Fonctions de soutien	12	203 370	103 321	100 049
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13	111 610	492 871	(381 261)
7984 Activités spéciales - Santé publique	14			
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	15			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	1 056	634 864	(633 808)
Charges non réparties par programmes-services	17	23 305	167 158	(143 853)
Transfert de frais généraux	18			
TOTAL - SANTÉ PUBLIQUE (L.01 à L.18)	19	9 016 352	10 811 585	(1 795 233)
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE				
5921 Intervention de crise dans le milieu 24/7 - Services sociaux généraux	20	184 831	XXXX	XXXX
5960 Autres services téléphoniques régionaux	21	126 163	133 767	(7 604)
5970 Info-social	22	1 009 665	1 096 508	(86 843)
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	23	3 542 326	2 940 267	602 059
5990 Pratique des sages-femmes	24	1 338 225	1 184 322	153 903
6090 Info santé 8-1-1	25	1 269 601	1 295 057	(25 456)
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	26	823 130	727 759	95 371
6308 Services de santé courants (hors territoire)	27	XXXX	339 001	XXXX
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	28	434 749	314 738	120 011
6510 Santé parentale et infantile	29	1 395 573	1 449 562	(53 989)
6562 Services psychosociaux - Autres que SAD	30	XXXX	3 260 583	XXXX
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	31	XXXX		XXXX
6590 Santé scolaire	32	1 254 252	1 034 193	220 059
6720 Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) - Services sociaux généraux	33	716 935	XXXX	XXXX
6730 Consultation sociale et psychosociale de courte durée	34	1 456 976	XXXX	XXXX
6740 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	35		XXXX	XXXX
7154 Gestion et soutien d'une centrale	36	290 764	201 660	89 104
7981 Activités spéciales - Services généraux	37		XXXX	XXXX
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	38	13 657 691	13 293 261	364 430
Charges non réparties par programmes-services	39	2 520 187	2 268 287	251 900
Transfert de frais généraux	40			
TOTAL - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (L.20 à L.40)	41	30 021 068	29 538 965	1 722 945

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
5514 Ressources intermédiaires - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	1	11 908 949	11 340 605	568 344
5534 Résidences d'accueil - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	2	1 357 863	1 393 786	(35 923)
5544 Autres ressources - personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	3			
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA	4	649 050	704 993	(55 943)
6058 Gériatrie active	5	6 437 610	5 731 609	706 001
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	6	26 680 091	25 389 855	1 290 236
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	7	29 862 050	28 326 519	1 535 531
6174 Soins infirmiers à domicile continus	8			
6290 Hôpital de jour gériatrique	9	352 937	367 262	(14 325)
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	10			
6532 Aide à domicile continue	11	184 089	197 380	(13 291)
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	12	650 485	771 627	(121 142)
6988 Foyers de groupe - Perte d'autonomie liée au vieillissement	13			0
7120 Intervention communautaire - SAD	14		1 124	(1 124)
7985 Activités spéciales - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15			0
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	28 686 290	37 435 864	(8 749 574)
Charges non réparties par programmes-services	17	580 869	982 941	(402 072)
Transfert de frais généraux	18			0
TOTAL - SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (L.01 à L.18)	19	107 350 283	112 643 565	(5 293 282)

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
DÉFICIENCE PHYSIQUE				
5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	1	2 226 616	2 374 497	(147 881)
5527 Familles d'accueil - Déficience physique	2			
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	3	491 799	578 363	(86 564)
5547 Autres ressources - Déficience physique	4			
5557 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-DP	5			
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	6			
6801 Pharmacie - Déficience motrice	7	169 963	156 670	13 293
6973 Centre de jour - Déficience physique	8			
6984 Foyers de groupe - Déficience physique	9			
7012 Atelier du travail - Déficience physique	10			
7022 Support des stages en milieu de travail - Déficience physique	11			
7032 Intégration à l'emploi - Déficience physique	12			
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	13	875 419	893 981	(18 562)
7052 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience physique	14	35 890	30 734	5 156
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	15	414 342	444 715	(30 373)
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	16	99 754	128 313	(28 559)
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	17	253 522	252 040	1 482
7987 Activités spéciales - Déficience physique	18			
8002 Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique	19	157 570		157 570
8010 Plan de services individualisé - Déficience physique	20			
8060 Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle	21	535 850	676 163	(140 313)
8070 Adaptation / réadaptation - Déficience auditive	22	587 829	526 006	61 823
8080 Adaptation / réadaptation - Déficience du langage et de la parole	23	1 346 025	1 038 193	307 832
8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique	24			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	18 623 169	19 490 741	(867 572)
Charges non réparties par programmes-services	26	115 592	124 280	(8 688)
Transfert de frais généraux	27			
TOTAL - DÉFICIENCE PHYSIQUE (L.01 À L.27)	28	25 933 340	26 714 696	(781 356)

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA				
5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	1	3 367 493	3 561 906	(194 413)
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	2	121 309	116 460	4 849
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	3	6 351 485	5 985 693	365 792
5546 Autres ressources - DI et TSA	4	403 899	398 413	5 486
5556 Suivi professionnel des usagers en RNI - DI et TSA	5			
6910 Services d'assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches - Déficience intellectuelle et TED	6			
6920 Services de soutien spécialisé aux partenaires - Déficience intellectuelle et TED	7		91 031	(91 031)
6945 Internat - Déficience intellectuelle et TED	8			
6983 Foyers de groupe - Déficience intellectuelle et TED	9			
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - Déficience intellectuelle et TED	10	1 959 867	1 959 355	512
7011 Atelier de travail - Déficience intellectuelle et TED	11			
7024 Support des stages individuels - Déficience intellectuelle et TED	12	244 526	137 482	107 044
7025 Support des plateaux de travail - Déficience intellectuelle et TED	13	216 447	207 452	8 995
7031 Intégration à l'emploi - Déficience intellectuelle et TED	14	71 392		71 392
7041 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience intellectuelle et TED)	15	4 528 142	4 456 389	71 753
7051 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Déficience intellectuelle et TED	16	3 285	3 294	(9)
7082 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience intellectuelle	17	515 352	519 253	(3 901)
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED) - Allocations	18	162 899	186 878	(23 979)
7101 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA	19	517 475	591 225	(73 750)
7180 Soutien aux programmes - CRDI	20	2 744 472	3 411 504	(667 032)
7392 Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle	21			
7986 Activités spéciales - Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	22			
8001 Accueil, évaluation et orientation - Déficience intellectuelle et TED	23	103 383	223 996	(120 613)
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - Déficience intellectuelle et TED	24	10 283 611	9 379 780	903 831
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	1 798 374	1 456 198	342 176
Charges non réparties par programmes-services	26	87 258	308 385	(221 127)
Transfert de frais généraux	27			
TOTAL - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA (L.01 à L.27)	28	33 480 669	32 994 694	485 975

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1	883 463	861 536	21 927
5200 Évaluation/orientation et accès (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2	4 156 258	3 746 751	409 507
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA - LSSSS)	3	7 648 841	8 140 386	(491 545)
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	4	5 786 866	6 168 406	(381 540)
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	5	1 927 932	2 504 809	(576 877)
5505 Unités de vie ouvertes pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (LPJ - LSSSS)	6			
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	7			
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	8	14 006 051	12 911 470	1 094 581
5541 Autres ressources - Jeunes en difficulté	9	181 135	258 400	(77 265)
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	10	829 531	756 350	73 181
5590 Tutelle à un enfant	11	2 425 221	2 226 583	198 638
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12	692 105	462 587	229 518
5700 Révision des mesures (LPJ)	13	425 817	413 515	12 302
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	14	132 814	85 764	47 050
5820 Médiation familiale (LSSSS)	15			
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	16	34973	32728	2 245
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	17	658 941	594 736	64 205
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	18	219 410	210 669	8 741
5870 Adoption (LSSSS)	19	416 244	458 662	(42 418)
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	20	5 854 272	5 842 524	11 748
6989 Foyers de groupe - Jeunes en difficulté (LPJ - LSJPA - LSSSS)	21			
7989 Activités spéciales - Jeunes en difficulté	22			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	23	2 839 834	1 718 801	1 121 033
Charges non réparties par programmes-services	24	389 833	733 736	(343 903)
Transfert de frais généraux	25			
TOTAL - JEUNES EN DIFFICULTÉ (L.01 à L.25)	26	49 509 541	48 128 413	1 381 128
DÉPENDANCES				
5515 Ressources intermédiaires - Dépendances	27			
5525 Familles d'accueil - Dépendances	28			
5535 Résidences d'accueil - Dépendances	29	50 409	71 828	(21 419)
5545 Autres ressources - Dépendances	30			
6340 Désintoxication interne en milieu hospitalier	31			
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	32	1 923 113	2 051 818	(128 705)
6680 Services externes en toxicomanie	33	1 766 230	2 093 954	(327 724)
6690 Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie	34			
7988 Activités spéciales - Dépendances	35			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	36	7 378	14 719	(7 341)
Charges non réparties par programmes-services	37	9 710	41 647	(31 937)
Transfert de frais généraux	38			
TOTAL - DÉPENDANCES (L.27 à L.38)	39	3 756 840	4 273 966	(517 126)

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
SANTÉ MENTALE				
5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1	825 187	396 655	428 532
5504 Unités de vies ouvertes pour jeunes - Santé mentale	2			
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	3	3 161 924	2 878 319	283 605
5523 Familles d'accueil - Santé mentale	4			
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	5	1 643 504	1 799 767	(156 263)
5543 Autres ressources - Santé mentale	6			
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	7	436 935	615 953	(179 018)
5920 Intervention et suivi de crise	8	XXXX	269 530	XXXX
5922 Intervention et suivi de crise - Santé mentale	9	100 859	XXXX	XXXX
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	10	6 980 354	6 517 685	462 669
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	11	3 088 709	2 736 874	351 835
6010 Unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	12	1 769 664	1 807 381	(37 717)
6020 Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	13	9 842 384	8 833 917	1 008 467
6030 Unité d'hospitalisation en gériopsychiatrie	14	1 531 790	138 370	1 393 420
6100 Psychiatrie légale	15	1 802 608	1 715 383	87 225
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	16			
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	17			
6280 Hôpital de jour en santé mentale	18	481 011	578 904	(97 893)
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale	19	3 415 423	3 577 857	(162 434)
6977 Centre de jour en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	20			
6978 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18-100 ans)	21			
6985 Foyers de groupe en santé mentale (0-17 ans)	22			
6986 Foyers de groupe en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans)	23	2 439 945	2 274 244	165 701
7002 Centre pour activités de jour - Santé mentale	24			
7013 Atelier de travail - Santé mentale	25			
7023 Support des stages en milieu de travail - Santé mentale	26			
7033 Intégration à l'emploi - Santé mentale	27			
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	28	430 731	527 009	(96 278)
7053 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance continue - Santé mentale	29			
7105 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Santé mentale	30			
7983 Activités spéciales - Santé mentale	31			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	32	7 526 472	7 323 522	202 950
Charges non réparties par programmes-services	33	401 729	856 499	(454 770)
Transfert de frais généraux	34			
TOTAL - SANTÉ MENTALE (L.01 à L.33)	35	45 879 229	42 847 869	3 200 031
SANTÉ PHYSIQUE				
5512 Ressources intermédiaires - Santé physique	36			
5532 Résidences d'accueil - Santé physique	37			
5542 Autres ressources - Santé physique	38			
5552 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SPH	39			
6053 Soins intensifs	40	10 405 298	10 250 777	154 521
6055 Pédiatrie	41	1 999 878	1 959 544	40 334
6057 Unité des grands brûlés	42			
6070 Chirurgie d'un jour	43	3 696 388	3 038 138	658 250
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	44			
SOUS-TOTAL (L.35 à L.43)	45	16 101 564	15 248 459	853 105

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
SANTÉ PHYSIQUE (suite)				
Sous-total reporté (p.700-05, L.44)	1	16 101 564	15 248 459	853 105
6180 Hôtellerie hospitalière	2			
6200 Soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie)	3	2 217 882	2 162 706	55 176
6250 Nutrition parentérale totale à domicile	4			
6260 Bloc opératoire	5	27 114 742	26 704 508	410 234
6302 Consultations externes spécialisées	6	4 683 446	4 334 862	348 584
6303 Planification familiale	7			
6309 Consultation et suivi de la procréation assistée	8			
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	9	2 326 565	2 168 588	157 977
6352 Inhalothérapie - Autres	10	4 920 238	4 598 999	321 239
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	11	6 258 669	5 990 774	267 895
6550 Services dentaires curatifs	12	143 875	161 597	(17 722)
6601 Banque de sang	13	850 342	816 208	34 134
6602 Dépistage prénatal de la trisomie 21	14			
6604 Anatomopathologie	15	2 651 525	2 595 535	55 990
6605 Cytologie	16	773 561	785 757	(12 196)
6607 Laboratoires regroupés	17	14 504 171	13 924 732	579 439
6608 Dépistage néonatal	18			
6609 Génétique médicale	19			
6610 Physiologie respiratoire	20	149 656	148 919	737
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	21	22 291 141	17 932 549	4 358 592
6650 Chambre hyperbare	22			
6710 Électrophysiologie	23	1 345 384	1 344 107	1 277
6750 Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	24	3 014 235	3 521 951	(507 716)
6770 Endoscopie	25	3 219 151	2 493 361	725 790
6780 Médecine nucléaire et TEP	26	1 834 780	1 833 080	1 700
6790 Dialyse	27	8 070 114	8 265 063	(194 949)
6806 Pharmacie en CLSC	28	43 355	37 107	6 248
6830 Imagerie médicale	29	13 752 788	13 870 289	(117 501)
6840 Radio-oncologie	30	4 229 509	4 893 727	(664 218)
6861 Audiologie	31	309 223	302 092	7 131
6863 Audiologie et orthophonie - Autres en CLSC	32			
6864 Audiologie et orthophonie à domicile	33			
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	34	1 277 261	1 264 737	12 524
6900 Réinsertion et intégration sociales (santé physique)	35			
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	36	3 053 942	2 699 295	354 647
7090 L'unité de médecine de jour	37	5 056 922	5 126 737	(69 815)
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	38			
7400 Déplacement des usagers	39	5 717 110	5 109 556	607 554
7553 Nutrition clinique	40	1 656 140	1 626 923	29 217
7982 Activités spéciales - Santé physique	41			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	42	119 044 985	110 336 347	8 708 638
Charges non réparties par programmes-services	43	27 111 239	28 460 072	(1 348 833)
Transfert de frais généraux	44	-9 105	-19 099	9 994
TOTAL - SANTÉ PHYSIQUE (L.01 à L.44)	45	303 714 410	288 739 538	14 974 872

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>	<u>Variation (C.1 - C.2)</u>
ADMINISTRATION				
6766 Direction, coordination et soutien administratif	1	1 010 069	126 629	883 440
7300 Administration générale	2	31 682 002	32 278 186	(596 184)
7320 Administration des services techniques	3	1 438 802	947 287	491 515
7340 Informatique	4	7 672 286	8 595 256	(922 970)
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	5	933 763	3 975 139	(3 041 376)
7930 Personnel en prêt de service	6			
7992 Activités spéciales - Administration	7			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	8	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	9	3 633 670	4 136 809	(503 139)
Transfert de frais généraux	10	-124 732	-124 650	(82)
TOTAL - ADMINISTRATION (L.01 à L.10)	11	46 245 860	49 934 656	(3 688 796)
SOUTIEN AUX SERVICES				
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12	1 510 711	1 139 023	371 688
6000 Administration des soins	13	8 801 335	7 309 963	1 491 372
7200 Enseignement	14	298 240	234 835	63 405
7210 Réseau d'enseignement universitaire	15			
7350 Gestion de l'information	16	1 705 205	511 136	1 194 069
7530 Réception - Archives - Télécommunications	17	19 329 956	18 724 018	605 938
7551 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience physique	18	2 976	284 857	(281 881)
7552 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience intellectuelle	19			
7554 Alimentation - Autres	20	19 044 699	18 931 331	113 368
7600 Buanderie et lingerie	21	5 990 606	6 143 766	(153 160)
7930 Personnel en prêt de service	22			
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	23			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	24	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	25	415 821	800 391	(384 570)
Transfert de frais généraux	26			
TOTAL - SOUTIEN AUX SERVICES (L.12 à L.26)	27	57 099 549	54 079 320	3 020 229
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 Hygiène et salubrité	28	14 726 264	14 908 842	(182 578)
7650 Gestion des déchets biomédicaux	29	445 260	419 532	25 728
7700 Fonctionnement des installations	30	19 643 161	20 084 775	(441 614)
7710 Sécurité	31	3 469 324	3 348 391	120 933
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/Équipement	32	13 404 251	12 793 304	610 947
7930 Personnel en prêt de service	33			
7994 Activités spéciales - Gestion des bâtiments et des équipements	34			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	35	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	36	140 965	596 456	(455 491)
Transfert de frais généraux	37	-192 562	-191 361	(1 201)
TOTAL - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS (L.28 à L.37)	38	51 636 663	51 959 939	(323 276)
GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	39	<u>763 643 804</u>	<u>752 667 206</u>	<u>10 976 598</u>

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-total (C1 à C5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	XXXX		160 517	XXXX	XXXX	160 517
6051 Médecine	2	XXXX	XXXX	2 018 267		XXXX	2 018 267
6052 Chirurgie	3	XXXX	XXXX	242 711	XXXX	XXXX	242 711
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	XXXX	XXXX	527 775		XXXX	527 775
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	1 056	1 861 747	4 861 875	1 334 798	121 441	8 180 917
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6307 Services de santé courants	9	XXXX	5 690 677	XXXX	XXXX	XXXX	5 690 677
6351 Inhalothérapie à domicile	10	XXXX	XXXX	114 596	25 422	XXXX	140 018
6370 Enseignement scolaire	11	XXXX	XXXX	XXXX			
6390 Service de soins spirituels	12	XXXX	XXXX	146 200		XXXX	146 200
6430 Encadrement des ressources	13	XXXX	XXXX	253 483	51 939	275 512	580 934
6531 Aide à domicile régulière	14	XXXX	54 275	5 302 653	4 600 337	396 206	10 353 471
6561 Services psycho. à domicile	15	XXXX	109 490	3 909 458	1 101 081	596 316	5 716 345
6564 Psychologie	16	XXXX		23 278		XXXX	23 278
6565 Services sociaux	17	XXXX	XXXX	536 653		XXXX	536 653
6606 Centre de prélèvements	18	XXXX	1 525 729	XXXX	XXXX	XXXX	1 525 729
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	0
6804 Pharm. - Usag. Hospitalisés	20	XXXX	XXXX	329 423		XXXX	329 423
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	XXXX	XXXX	2 798 997		XXXX	2 798 997
6862 Orthophonie	22	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6870 Physiothérapie	23	XXXX	XXXX	995 906		XXXX	995 906
6880 Ergothérapie	24	XXXX	XXXX	1 136 901		XXXX	1 136 901
6890 Animation-Loisirs	25	XXXX	XXXX	1 129 932		XXXX	1 129 932
6946 Internat - Déf. physique	26	XXXX	XXXX	XXXX	2 751 263	XXXX	2 751 263
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
7111 Nutrition à domicile	28	XXXX	60 298	117 266	130 932	XXXX	308 496
7112 Nutrition - Autres	29	XXXX	336 622	XXXX	XXXX	XXXX	336 622
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	XXXX	244 824	1 394 940	740 614	157 950	2 538 328
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	XXXX	2 854 019	509 549	24 034	178 083	3 565 685
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32	XXXX	XXXX	XXXX	637 373	XXXX	637 373
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33		160 882				160 882
7161 Ergothérapie à domicile	34	XXXX	202 894	1 142 070	705 483	15 156	2 065 603
7162 Physiothérapie à domicile	35	XXXX	552 303	400 552	191 036	2 815	1 146 706
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	XXXX	3 931	354 442	108 125	18 735	485 233
7690 Transport externe usagers	37	XXXX	XXXX	265 403		36 160	301 563
7910 Besoins spéciaux	38	XXXX	XXXX	13 443	XXXX	XXXX	13 443
7930 Personnel en prêt de serv.	39	XXXX	XXXX				0
8020 Réadap.adultes - Déf. motr.	40	XXXX	XXXX	XXXX	4 512 343	XXXX	4 512 343
8030 Réadap.enfants - Déf. motr.	41	XXXX	XXXX	XXXX	1 562 102	XXXX	1 562 102
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	XXXX	XXXX	XXXX	146 287	XXXX	146 287
							0
TOTAL (L.01 à L.42)	43	1 056	13 657 691	28 686 290	18 623 169	1 798 374	62 766 580

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		Sous-total reporté	JD	Dép	SM	SPH	Sous-total (C1 à C5)
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	160 517	XXXX	XXXX	XXXX	1 387 103	1 547 620
6051 Médecine	2	2 018 267	XXXX	XXXX	XXXX	20 332 418	22 350 685
6052 Chirurgie	3	242 711	XXXX	XXXX	XXXX	9 201 297	9 444 008
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	527 775	XXXX	XXXX	XXXX	10 822 226	11 350 001
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5		XXXX	XXXX	XXXX		
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	8 180 917	XXXX	XXXX	12 672	2 366 521	10 560 110
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX	3 180 149	25 835 807	
6307 Services de santé courants	9	5 690 677	XXXX	XXXX	XXXX	559 380	6 250 057
6351 Inhalothérapie à domicile	10	140 018	XXXX	XXXX	XXXX	518 580	658 598
6370 Enseignement scolaire	11		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
6390 Service de soins spirituels	12	146 200	XXXX	XXXX	39 323	374 630	560 153
6430 Encadrement des ressources	13	580 934	1 171 501	XXXX	162 999		1 915 434
6531 Aide à domicile régulière	14	10 353 471	XXXX	XXXX	43 420	458 080	10 854 971
6561 Services psycho. à domicile	15	5 716 345	XXXX	XXXX	11 135	458 371	6 185 851
6564 Psychologie	16		XXXX	XXXX	803 677	402 286	
6565 Services sociaux	17	536 653	XXXX	XXXX	659 565	2 266 062	3 462 280
6606 Centre de prélèvements	18	1 525 729	XXXX	XXXX	XXXX	366 765	1 892 494
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	0	XXXX	XXXX	131 158	16 471 103	16 602 261
6804 Pharm. - Usag. Hospitalisés	20	329 423	XXXX	XXXX	711 364	14 873 391	15 914 178
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	2 798 997	XXXX	XXXX			2 798 997
6862 Orthophonie	22		XXXX	XXXX	XXXX	244 347	244 347
6870 Physiothérapie	23	995 906	XXXX	XXXX		4 403 986	5 399 892
6880 Ergothérapie	24	1 136 901	XXXX	XXXX	155 576	2 031 796	3 324 273
6890 Animation-Loisirs	25	1 129 932	XXXX	XXXX	36 148		1 166 080
6946 Internat - Déf. physique	26	2 751 263	XXXX	XXXX	XXXX		2 751 263
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
7111 Nutrition à domicile	28	308 496	XXXX	XXXX	XXXX	83 046	391 542
7112 Nutrition - Autres	29	336 622	XXXX	XXXX	XXXX	48 133	384 755
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	2 538 328	XXXX	XXXX	6 143	380 544	2 925 015
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	3 565 685	1 500 427	XXXX	1 570 029	4 025 497	10 661 638
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32	637 373	XXXX		XXXX	XXXX	637 373
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33	160 882	XXXX			244 395	405 277
7161 Ergothérapie à domicile	34	2 065 603	XXXX	XXXX	XXXX	378 898	2 444 501
7162 Physiothérapie à domicile	35	1 146 706	XXXX	XXXX	XXXX	77 100	1 223 806
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	485 233	XXXX	XXXX	3 114	22 156	510 503
7690 Transport externe usagers	37	301 563	167 906	7 378		25 757	502 604
7910 Besoins spéciaux	38	13 443	XXXX	XXXX		XXXX	13 443
7930 Personnel en prêt de serv.	39					385 310	385 310
8020 Réadap.adultes - Déf. motr.	40	4 512 343	XXXX	XXXX	XXXX		4 512 343
8030 Réadap.enfants - Déf. motr.	41	1 562 102	XXXX	XXXX	XXXX		1 562 102
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	146 287	XXXX	XXXX	XXXX		146 287
TOTAL (L.01 à L.42)	43	62 766 580	2 839 834	7 378	7 526 472	119 044 985	192 185 249

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-total (C1 à C5) 6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1			XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés achats de places	5	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés achats de places	6	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	7	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Comité des usagers	8	XXXX	XXXX	87 033	XXXX	XXXX	87 033
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F. 14	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires- services assurés : Matériel et produits	15						
Frais accessoires - services assurés: Frais de transports	16						
Variation pour assurance-salaire	17	11 169	34 156	135 870	32 137	41 820	255 152
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	19	XXXX	132 585	XXXX	XXXX	XXXX	132 585
Créances douteuses	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaitaire 2015-2016	23	2 441	7 466	29 699	7 025	9 141	55 772
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	25	8 641	26 423	105 110	24 861	32 352	197 387
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres	27	1 054	175 991	223 157	51 569	3 945	455 716
Allocations à des médecins en régions éloignées	28			XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	29		2 143 566				2 143 566
Services préhospitaliers d'urgence	30	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL (L.01 à L.32)	31	23 305	2 520 187	580 869	115 592	87 258	3 327 211

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

	Sous-total reporté	JD	Dép	SM	SPH	Sous-total (C1 à C5)
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1		XXXX	XXXX	1 319	1 319
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés achats de places	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés achats de places	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	7		XXXX	XXXX	XXXX	
Comité des usagers	8	87 033	XXXX	XXXX	XXXX	87 033
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F. 14	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires- services assurés : Matériel et produits	15	XXXX	XXXX	XXXX	13 331	13 331
Frais accessoires - services assurés: Frais de transports	16	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Variation pour assurance-salaire	17	255 152	60 748	4 654	56 227	339 969
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	19	132 585				132 585
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaitaire 2015-2016	24	55 772	13 279	1 017	12 290	74 312
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26	197 387	46 995	3 600	43 498	263 004
	27					554 484
						0
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28					
Autres	29	455 716	268 811	439	289 714	3 895 090
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX		
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	31	2 143 566				2 143 566
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX	22 524 214	22 524 214
TOTAL (L.01 à L.32)	33	3 327 211	389 833	9 710	401 729	27 111 239
						31 239 722

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES (NON AUDITÉES)

		Sous-total reporté	ADM	SS	GBÉ	Sous-total (C1 à C5)
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>6</u>
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1	1 319	XXXX	XXXX	XXXX	1 319
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	398 643	XXXX	XXXX	398 643
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3		XXXX	XXXX	XXXX	0
Transferts à l'agence	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés achats de places	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés achats de places	7		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8	87 033	XXXX	XXXX	XXXX	87 033
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	268 927	XXXX	268 927
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10		XXXX	XXXX	XXXX	
Intérêts sur emprunts autorisés:	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
- Fonds de financement	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	536 518	XXXX	XXXX	536 518
	15	13 331				13 331
	16	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Variation pour assurance-salaire	17	716 750	53 079	70 401	64 195	904 425
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19	132 585	XXXX	XXXX	XXXX	132 585
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	2 291 381	XXXX	XXXX	2 291 381
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX		XXXX	XXXX	
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23		XXXX	XXXX	XXXX	
Forfaitaire 2015-2016	24	156 670	11 602	15 388	14 033	197 693
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26	554 484	41 062	54 463	49 663	699 672
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28	0	XXXX	XXXX	XXXX	-
Autres	29	4 909 770	301 385	6 642	13 074	5 230 871
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF et à des Cliniques-réseau	31	2 143 566	XXXX	XXXX	XXXX	2 143 566
Services préhospitaliers d'urgence	32	22 524 214	XXXX	XXXX	XXXX	22 524 214
TOTAL (L.01 à L.32)	33	31 239 722	3 633 670	415 821	140 965	35 430 178

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

1. RÉSULTAT DE L'EXERCICE

Le résultat net des opérations indiqué à la page 358, ligne 26, colonne 4 au montant de 28 641 \$ est présenté de la façon suivante :

- Le résultat des activités principales se solde par un déficit au montant de 1 877 655 \$, ligne 26, colonne 2.
- Le résultat des activités accessoires se solde par un surplus au montant de 1 906 296 \$, ligne 26, colonne 3.

2. CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) et 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.)* le 1^{er} avril 2015.

Il a pour mandat :

- La coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région;
- d'offrir l'accès à une gamme de services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés, de services sociaux et d'actions soutenant le développement de la communauté;
- de conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, etc.);
- d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui,
 - en raison de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance,
 - en raison de leurs déficiences physiques,
 - en raison de leur déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement,

requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes permettant ainsi de répondre à leurs besoins dans un esprit de continuité, de diversité et de souplesse;

- de protéger les enfants et les adolescents de manière à ce que leur sécurité et leur développement ne soient pas compromis.

Le siège social de *l'établissement* est situé au 80, avenue Gatineau, Gatineau (Québec) J8T 4J3.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région 07 Outaouais.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, *l'établissement* n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

3. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, *l'établissement* utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés et la provision pour la réclamation liée aux griefs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du MANUEL DE COMPTABILITÉ DE CPA CANADA POUR LE SECTEUR PUBLIC requiert la présentation d'un état des gains et pertes de

réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la *LSSSS* (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le périmètre comptable inclut toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

f. Revenus de subventions

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement du Québec, que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payables par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge dans l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme. Ils sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créiteurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

vi. Hiérarchie des évaluations à la juste valeur

Les instruments financiers comptabilisés à la juste valeur sont classés selon une hiérarchie qui reflète l'importance des données utilisées pour effectuer les évaluations. La hiérarchie appliquée dans le cadre de la détermination de la juste valeur exige l'utilisation de données observables sur le marché lorsque celles-ci existent. Un instrument financier pour lequel une donnée importante non observable a été prise en compte dans l'évaluation de la juste valeur est classé au niveau le plus bas de la hiérarchie qui se compose des niveaux suivants :

Niveau 1

Le calcul de la juste valeur repose sur les prix non ajustés cotés sur des marchés actifs pour des actifs ou des passifs identiques.

Niveau 2

Le calcul de la juste valeur repose sur des données autres que les prix cotés sur des marchés actifs visés au niveau 1, observables directement sous forme de prix ou indirectement lorsqu'elles sont déterminées à partir de prix.

Niveau 3

Le calcul de la juste valeur repose sur des données qui ne sont pas fondées sur des données de marché observables, donc sur des données non observables.

m. Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2017-2018. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors cadre.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi et la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	10 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux

immobilisations et au passif au titre des sites contaminés. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

vii. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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 doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200, 206 et 358 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446. Les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le Ministre pour atteindre l'équilibre budgétaire et figurant au Sommaire des données financières – État des résultats prévisionnels de la page 100-01 du formulaire budgétaire sont réparties entre les revenus et les charges de l'état des résultats et sont présentées ci-après :

	Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de Redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des Mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
REVENUS	797 754 035 \$		797 754 035 \$
Total	797 754 035 \$		797 754 035 \$
CHARGES	797 742 776 \$		797 742 776 \$
Autres charges		(167 447) \$	(167 447 \$)
Total	797 742 776 \$	(167 447) \$	797 575 329 \$
SOUS-TOTAL	11 259 \$	167 447 \$	178 706 \$
Total des mesures de redressement	167 447 \$	XXXXX	XXXXX
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	178 706 \$	XXXXX	178 706 \$

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice. La variation des revenus et des dépenses au fonds d'exploitation s'élève à 17 700 000 \$.

Cette variation s'explique principalement par les éléments suivants :

- Mesures salariales liées aux nouvelles conventions collectives non connues lors de la préparation du budget : 5 957 047 \$;

- Financement additionnel pour productions chirurgicales : 1 707 977 \$;
- Financements spécifiques additionnels du MSSS :
Rapatriement des clientèles dont services ambulatoires en pédiatrie : 2 300 000 \$
Familles d'accueil de proximité et tutelle à un enfant : 595 406 \$
Autres : frais accessoires, demandeurs d'asile, Centre de répartition des demandes de services (CRDS), soins palliatifs, etc. : 1 031 298 \$;
- Budgets de développement :
Niveau de soins alternatifs (NSA) : 605 772 \$
Amélioration du soutien à domicile et des ressources en CHSLD et soins palliatifs : 536 561 \$;
- Sous-évaluation des revenus relatifs aux produits sanguins : 3 626 830 \$;
- Augmentation des contributions des usagers entre autres des contributions parentales pour enfant : 1 873 823\$
- Diminution des revenus relatifs aux ventes de service et recouvrements : (884 573 \$).

La hausse des dépenses est en lien direct avec les financements additionnels énumérés ci-haut et se retrouve dans les différents centres d'activités et touche plusieurs natures de dépenses.

6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires des parties non apparentées ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectifs moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

7. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille de parties non apparentées ainsi que d'entreprises du gouvernement, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectifs minimums et maximums, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

8. EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature de tous les emprunts temporaires, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré pour ceux contractés auprès de parties non apparentées sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471. L'établissement a également contracté des emprunts temporaires auprès de partie apparentées, dont les principales conditions sont présentées à la note complémentaire 13, c, ii.

9. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties apparentées et non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

10. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'établissement est responsable de décontaminer deux terrains faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'une fuite d'un réservoir d'huile pour le terrain situé sur le site de l'ancien CSSS Vallée-de-la-Gatineau et d'un remblai pour le terrain situé sur le site de l'ancien CSSS de Papineau.

À cet égard, un montant de 9 490 808 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (8 673 308 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du gouvernement du Québec–Secrétariat du Conseil du trésor s'élevant à 9 783 145 \$ pour le financement du coût des travaux.

Au cours du présent exercice, l'établissement a effectué des travaux de réhabilitation d'un montant de 70 692 \$ (166 072 \$ pour 2015-2016). Il prévoit réaliser des travaux de 547 500 \$ au cours du prochain exercice.

11. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1.5 %	0 %
Inflation	0 %	0 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %
Provision en assurance salaire :		
Part employeur	13.3 %	12.2 %
Facteur d'ajustement; taux de croissance (3 ans)	N/A	1.087
Taux d'intégralité des données dans la Base de données nationale pour la gestion de la présence au travail (BDNGPAT)	N/A	87 %
Évolution future de l'assurance salaire	Présomption que les	N/A

	Exercice courant	Exercice précédent
	tendances passées se reproduiront dans les 3 années financières à venir	
Provision des droits parentaux :		
Date probable de fin du congé	Nombre prévu de périodes de paie	Nombre prévu de périodes de paie
Prestation maternité (93%)	Rémunération versée à la période 02 (2017-2018)	Rémunération versée à la période 02 (2016-2017)

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	51 548 720 \$	54 882 512 \$	53 932 991 \$	52 498 241 \$	51 548 720 \$
Assurance salaire	8 252 866 \$	22 932 549 \$	22 028 124 \$	9 157 291 \$	8 252 866 \$
Provision pour maladie	1 923 356 \$	13 957 888 \$	13 974 181 \$	1 907 063 \$	1 923 356 \$
Droits parentaux	274 737 \$	885 538 \$	949 868 \$	210 407 \$	274 737 \$
Allocation rétention hors cadre	391 \$	1 \$	0 \$	392 \$	391 \$
Banque de maladie gelée	11 073 \$	0 \$	5 701 \$	5 372 \$	11 073 \$
Total	62 011 143 \$	92 658 488 \$	90 890 865 \$	63 778 766 \$	62 011 143 \$

12. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289 du rapport financier annuel AS-471.

13. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	3 377 433 \$	27 023 853 \$
Placements temporaires	615 000 \$	3 945 315 \$
Débiteurs MSSS	40 269 220 \$	53 057 620 \$
Autres débiteurs	13 026 219 \$	13 138 689 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	113 935 781 \$	111 921 175 \$
Placements de portefeuille	2 200 000 \$	0 \$
	-----	-----
Total	173 423 653 \$	209 086 652 \$
	=====	=====

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Il est difficile d'évaluer le délai de recouvrement de ces créances puisqu'il est tributaire des décisions ministérielles.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, du Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), du gouvernement du Canada et des différentes fondations qui jouissent d'une

bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 33 % pour le présent exercice et 36 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

La chronologique des « autres débiteurs », déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

		Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance		<u>13 026 219 \$</u>	<u>13 138 689 \$</u>
Autres débiteurs en souffrance :			
	Moins de 30 jours		
	De 30 à 59 jours		
	De 60 à 89 jours		
	De 90 jours et plus	<u>6 067 966 \$</u>	<u>7 054 302 \$</u>
	Sous-total	6 067 966 \$	7 054 302 \$
	Provision pour créances douteuses	<u>(6 067 966 \$)</u>	<u>(7 054 302 \$)</u>
	Sous-total	0 \$	0 \$
		-----	-----
Total des autres débiteurs		13 026 219 \$	13 138 689 \$
		=====	=====

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

		Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début		7 054 302 \$	N/D
	Perte de valeur comptabilisée aux résultats		
	Montants recouvrés	2 184 750 \$	N/D
	Radiations	(3 171 086 \$)	N/D
		-----	-----
Solde à la fin		6 067 966 \$	7 054 302 \$
		=====	=====

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait qu'il détient des placements en obligations et billets. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif. Ce risque est essentiellement réduit au minimum puisque l'établissement s'assure de détenir majoritairement des titres émis par le gouvernement du Canada et des gouvernements provinciaux ou par institutions financières réputées. Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des obligations et des billets.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis du ministre de la Santé et des Services sociaux et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre, dont les conditions, sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faits à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

a. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créiteurs MSSS, les autres créiteurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les emprunts temporaires sont majoritairement des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créiteurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice. Les autres éléments de passif sont majoritairement un montant dû au fonds d'immobilisations pour un projet autofinancé d'économie d'énergie.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créiteurs sont les suivants :

		Exercice courant	Exercice précédent
	De moins de 6 mois	63 336 270 \$	69 287 571 \$
	De 6 mois à 1 an	85 189 \$	62 996 \$
	De 1 à 3 ans	575 607 \$	102 077 \$
	De 3 à 5 ans	1 351 \$	343 \$
		-----	-----
	Total des autres créiteurs	63 998 417 \$ =====	69 452 987 \$ =====

b. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement n'est exposé qu'aux risques suivants :

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères. Il ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

		Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires		70 050 026 \$	118 807 409 \$
Dettes à long terme		359 261 299 \$	350 557 960 \$
		-----	-----
	Total	429 311 325 \$	469 365 369 \$
		=====	=====

Du montant des emprunts temporaires totalisant 70 050 026 \$, un montant de 52 702 275 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.30 %, alors que d'autres représentant 17 347 751 \$ portent intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisses et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

14. ÉVENTUALITÉS

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement fait l'objet de poursuites et réclamations relativement au non-respect d'un contrat de construction.

Cependant, aucune provision n'a été comptabilisée, car la direction n'est pas en mesure d'effectuer une estimation raisonnable des pertes éventuelles.

15. PÉRIMÈTRE COMPTABLE ET MÉTHODES DE CONSOLIDATION

Les entités suivantes sont des entreprises publiques comptabilisées selon la méthode modifiée de comptabilisation à la valeur de consolidation dans les états financiers du MSSS. Les établissements énumérés ne sont pas comptabilisés dans le rapport financier annuel, sauf pour la portion présentée au tableau.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CHU de Québec - Université Laval
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Centre de recherche du CHUM)
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James

Cégep d'Ahuntsic
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Cégep de l'Outaouais
Cégep François-Xavier Garneau
Collège Héritage
Commission scolaire des Découvreurs
Commission scolaire des Draveurs
Commission scolaire des Hauts-Bois-de-l'Outaouais
Commission scolaire des Portages-de-l'Outaouais
Commission scolaire Western Québec
Hydro-Québec
Fonds de financement
Fonds des ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux
Fonds des ressources naturelles
Curateur public
Ministère de l'Énergie et des Ressources naturelles
Ministère de la Famille
Ministère de la Sécurité publique
Ministère des Finances
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Agence du revenu du Québec
Financement-Québec
Fonds Québec en forme
Héma-Québec
Institut national de santé publique du Québec
Programme d'assurance du réseau de la santé et des services sociaux
Régie de l'assurance maladie du Québec
Société de l'assurance automobile du Québec
Société d'habitation du Québec
Société québécoise des infrastructures
Université du Québec à Trois-Rivières
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Outaouais

Renseignements financiers sur les entreprises publiques inclus dans les présents états financiers de l'Établissement :

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers	159 041 236 \$	169 503 941 \$
Actifs non financiers	9 000 \$	10 958 \$
Passifs	389 900 762 \$	389 013 170 \$
Revenus	758 619 839 \$	756 924 792 \$
Charges	64 023 197 \$	61 566 430 \$
	-----	-----
Surplus (déficits) de l'exercice	694 596 642 \$	695 358 362 \$
	=====	=====

16. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

17. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

La description des biens détenus en fiducie détenus et gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

18. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

8.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire (voir page 114).

8.3 Les contrats de services

Les contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	226	230 208 400,69 \$
Total des contrats de services	226	230 208 400,69 \$

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

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

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

Nom de l'établissement
CISSS de l'Outaouais

Code
1104-5218

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<u>CISSS de l'Outaouais :</u> Lors de notre audit, nous avons remarqué que le regroupement de l'information financière diffère entre la base de données parapluie et l'AS-471. Ces différences de présentation requièrent donc plusieurs ajustements manuels par la direction, augmentant du même coup le risque d'erreur. Nous recommandons à la direction de revoir le processus afin d'améliorer l'efficacité de la conciliation entre les données de la base parapluie et celles contenues dans l'AS-471.	2016	O	Un processus de travail a été convenu entre l'équipe des finances et les auditeurs afin de s'assurer que les auditeurs aient la dernière version des documents utilisés pour la conciliation.	X		
<u>CSSS de Papineau :</u> Absence de révision des chèques signés électroniquement (chèques d'un montant inférieur à 20 000 \$).	2014	O	Procédure émise et en application en mars 2017.	X		
<u>CISSS de l'Outaouais :</u> Approbation des écritures de journal	2016	O	Procédure émise et appliquée en mars 2017	X		

Lors de notre audit, nous avons remarqué que les écritures de journal ne sont pas toutes approuvées par une personne différente du préparateur de façon systématique.						
Nous recommandons qu'une personne autorisée approuve chaque écriture de journal.						
<u>CSSS de Papineau :</u> Absence de politique et procédures formelles concernant la disposition d'immobilisations corporelles et l'évaluation de perte de valeur potentielle.	2013	O	Travaux reportés compte tenu des événements à l'hôpital Pierre-Janet.			X
<u>CISSS de l'Outaouais :</u> Compilation et identification des obligations contractuelles Lors de notre audit, nous avons remarqué quelques faiblesses dans le processus de compilation et d'identification des obligations contractuelles. Certaines corrections furent nécessaires suite à nos procédures d'audit. Nous recommandons à la direction de revoir le processus en place.	2016	O	Le processus a été révisé en 2016-2017 avec la Direction des ressources financières et la Direction de la logistique. La compilation se fait à l'aide d'un fichier Excel par la Direction de la logistique.	X		
<u>CSSS des Collines :</u> Au cours de notre analyse des dossiers employés, nous avons noté que plusieurs dossiers d'employés ne contenaient pas au minimum une évaluation du personnel sur une période de 3 ans, tel que requis par la politique ministérielle.	2014	C	Plan d'action effectué par la DRHCAJ et mis à jour le 14 octobre 2016. Politique rédigée et développement d'un nouvel outil d'évaluation. Formation des gestionnaires commencée à l'automne 2016 et se terminera le 8 juin		X	

			2017.			
<u>CISSS de l'Outaouais</u> Approbation des feuilles de temps Lors de notre audit, nous avons remarqué que certains superviseurs ou chefs de département délèguent le pouvoir d'approuver les feuilles de temps des employés de leur département à un adjoint administratif. Cette pratique n'est pas conforme aux procédures et politiques actuellement en vigueur au CISSS de l'Outaouais. Nous recommandons à la direction de revoir le processus en place afin de s'assurer que les feuilles de temps sont approuvées et revues par les personnes appropriées.	2017	O	Le processus sera révisé en 2017-2018.			X
<u>CSSS de Gatineau :</u> Environnement informatique Lors de notre audit, nous avons constaté certains points de contrôle informatique qui mériteraient d'être revus ou renforcés. 1. 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)	2013	O	Formule 3B : La liste des accès est mise à jour annuellement et à chaque arrivée et départ d'un employé du Service de la paie. Les paies nettes de plus de 2 000 \$ sont vérifiées. Une vérification aléatoire est effectuée à partir de plusieurs rapports pour détecter des anomalies. Note : aucune irrégularité n'a été trouvée jusqu'à présent.			X

CSSS de Gatineau : Utilisateurs à hauts privilèges Il existait huit (8) comptes à hauts privilèges (« accès à tout ») dans l'application GRM et 24 comptes administrateurs au réseau qui n'étaient pas appropriés. Les comptes à haut privilèges peuvent créer de nouveaux comptes, leur assigner des privilèges d'accès et effacer des comptes, ce qui pourrait permettre à un utilisateur de masquer des transactions réalisées. Recommandations La direction devrait réviser l'étendue des privilèges d'accès accordés aux utilisateurs dans les applications GRM et au réseau et limiter le nombre de personnes ayant (« accès à tout ») et/ou pouvant gérer des accès réseau.	2016	O	Afin de réduire le nombre d'accès, un exercice de fusion des bases de données est en cours et prendra fin en novembre 2017. Les GRM du CISSSO seront sous la responsabilité d'une seule personne. Une procédure formelle sera produite. La Direction des ressources informationnelles doit revoir le nombre de comptes administrateurs et les réduire au maximum. La gestion des accès par profils d'utilisateurs est à privilégier. L'unification des domaines des anciens établissements permettra de diminuer le nombre de comptes avec les droits d'administrateur.		X	
CSSS de Gatineau : Accès du fournisseur Logibec Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRH, GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services. Cette situation augmente le risque d'accès non autorisés aux applications financières et peut potentiellement compromettre	2016	O	La Direction des ressources informationnelles et la Direction des ressources financières rencontreront le fournisseur pour modifier cette pratique et convenir d'une façon de faire pour assurer l'accès au moment opportun et également assurer la journalisation des activités réalisées par le fournisseur. Procédure de la gestion des accès est en cours. Adoption		X	

l'intégrité des données financières. Ceci nuit également à l'imputabilité des changements effectués.						
Recommandations Nous comprenons que ces comptes sont nécessaires pour des activités de support et d'implantation. Également, que l'accès de Logibec à GRH est nécessaire chaque jour pour des échanges de données et d'informations et que barré le compte de Logibec pour GRH n'est pas une option à cause de contraintes opérationnelles. Cependant, nous recommandons que la direction restreigne les accès à ces comptes du fournisseur pour GRF et GRM jusqu'à ce que les changements doivent être effectués. De plus, les changements effectués par Logibec devraient être journalisés pour minimiser le risque de changements inappropriés aux applications.			prévue en juin 2017.			
<u>CSSS de Gatineau :</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	2016	O	Procédure en cours d'écriture. Cette procédure devra notamment inclure une section spécifique à la gestion des départs du personnel et de la désactivation des comptes ainsi que la révision périodique des accès. Les GRM du CISSSO seront bientôt sous la responsabilité d'une seule personne. Une		X	

applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées et conservées. De plus, il n'existe pas de processus 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. 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.			procédure formelle est en cours. À la lumière de cette recommandation, l'établissement doit voir à la gestion des accès pour l'ensemble des systèmes cliniques et administratifs.			
CSSS de Gatineau :	2016	O				X

Paramètres de mot de passe L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des mots de passe. De plus, pour l'application GRM : La longueur minimum des mots de passe est configurée à 0 caractère. Le délai d'expiration du mot de passe n'est pas activé. Le nombre maximal de tentatives pour l'authentification n'est pas activé. Aucun historique de mot de passe n'est retenu. La complexité des mots de passe ne peut pas être configurée en raison de limitation de l'application. Recommandations La direction devrait formaliser une procédure de gestion des mots de passe et configurer, lorsque possible, les paramètres de sécurité des applications de manière à assurer un bon niveau de sécurité de ses actifs informationnels. La direction devrait également considérer implanter l'authentification unique à partir du LDAP ou revoir la configuration des paramètres de sécurité disponibles dans l'application GRM.			La Direction de la logistique prévoit revoir toute la gestion des accès. Les GRM du CISSSO seront sous la responsabilité d'une seule personne. Une procédure formelle est en cours. La révision du processus de gestion des mots de passe dans l'application GRM sera incluse à la procédure en tenant compte des critères de sécurité habituels pour ce genre d'application. La Direction des ressources informationnelles assurera le soutien requis à la Direction de la logistique pour effectuer les travaux nécessaires. Procédure de gestion des mots de passe en cours d'écriture.			
--	--	--	--	--	--	--

<u>CSSS de Gatineau, CSSS de Papineau et CSSS 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 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,	2016	O	La Direction des ressources informationnelles est en préparation d'un processus de gestion des changements qui va inclure les éléments identifiés dans la recommandation ci-haut. La documentation des environnements de test sera également mise en place en tenant compte des limitations au niveau de certains systèmes et infrastructures où les environnements tests ne sont pas toujours possibles.		X
--	------	---	---	--	---

incluant la documentation de plans de tests et des résultats de tests; • l'approbation des modifications apportées par le personnel autorisé; • le plan de retour en arrière, si applicable; • 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.						
<u>CSSS du Pontiac (2015). CSSS de Papineau (2013) :</u> La politique de sécurité de l'information n'a pas été mise à jour.	2015 2013	O	Adoption le 5 mai 2016 d'une politique sur la sécurité informationnelle pour le CISSS de l'Outaouais. Gestionnaires informés lors du dépôt de la politique.	X		
<u>CSSS du Pontiac :</u> Certains paramètres de mots de passe pour certaines applications ne sont pas configurés en fonction de la directive de gestion des mots de passe de l'établissement.	2015	O	La gestion des mots de passe sera revue en 2017-2018.			X
<u>CSSS du Pontiac :</u> Bien que des tâches soient ouvertes périodiquement et fermées dans l'outil Octopus (<i>logiciel pour les mots de passe</i>) pour la révision périodique des	2015	O	Un nouveau système de gestion des demandes (Octopus) a été mis en place et permet de conserver la liste des comptes révisés.	X		

comptes au niveau du réseau (Windows Active Directory), les listes de comptes révisés ne sont pas conservées dans la tâche Octopus.						
<u>CSSS des Collines et CSSS de Papineau :</u> Il n'existe pas de procédure formelle de gestion des accès aux applications de l'établissement concernant la création, la modification, la suppression et la révision des accès et des privilèges. Ainsi, les demandes d'accès aux applications GRF, GRM et GRH ne sont pas systématiquement documentées et conservées.	2013	Collines C Papineau O	Procédure en cours d'écriture. Cette procédure devra notamment inclure une section spécifique à la gestion des départs du personnel et de la désactivation des comptes ainsi que la révision périodique des accès. Les GRM du CISSS de l'Outaouais seront sous la responsabilité d'une seule personne.		X	
<u>CSSS des Collines :</u> La procédure écrite de gestion des mots de passe de l'établissement ne couvre que les mots de passe Windows (réseau) et non ceux des applications financières et autres systèmes, tel qu'exigé selon le cadre global de gestion des actifs informationnels.	2013	C	La procédure de la gestion des mots de passe est en cours d'écriture.			X
<u>CSSS de Papineau :</u> Utilisateurs à hauts privilèges qui semblent excessifs.	2014	O	En 2014-2015, on a fait une réduction des accès pour passer de 27 à 15 comptes ayant « accès à tout ». La Direction des ressources informationnelles doit revoir le nombre de comptes administrateurs et les réduire au maximum. Un exercice de fusion des bases est en cours.		X	

			La gestion des accès par profils d'utilisateurs sera privilégiée.			
<u>CSSS de Papineau :</u> Accès du fournisseur Logibec Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRH, GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services. Cette situation augmente le risque d'accès non autorisés aux applications financières et peut potentiellement compromettre l'intégrité des données financières. Ceci nuit également à l'imputabilité des changements effectués. Recommandations Nous comprenons que ces comptes sont nécessaires pour des activités de support et d'implantation. Également, que l'accès de Logibec à GRH est nécessaire chaque jour pour des échanges de données et d'informations et que barrer le compte de Logibec pour GRH n'est pas une option à cause de contraintes opérationnelles. Cependant, nous recommandons que la direction restreigne les accès à ces comptes du	2016	O	La Direction des ressources informationnelles et la Direction des ressources financières rencontreront le fournisseur pour modifier cette pratique et convenir d'une façon de faire pour assurer l'accès au moment opportun et également assurer la journalisation des activités réalisées par le fournisseur. Procédure en cours d'écriture.			X

fournisseur pour GRF et GRM jusqu'à ce que les changements soient effectués. De plus, les changements effectués par Logibec devraient être journalisés pour minimiser le risque de changements inappropriés aux applications.						
<u>CISSS de l'Outaouais</u> Paramètres de mot de passe - Oracle Pour les comptes du fournisseur Logibec gérant les bases de données Oracle supportant les applications Logibec (GRM, GRF et GRH) les paramètres de mot de passes sont les suivants : - la longueur minimum des mots de passe est configurée à 0 caractère; - le délai d'expiration du mot de passe n'est pas activé; - le nombre maximal de tentatives pour l'authentification n'est pas activé; - aucun historique de mot de passe n'est retenu; - la complexité des mots de passe n'est pas configurée. La direction devrait formaliser une procédure de gestion des mots de passe et demander à Logibec de configurer pour ses comptes gérant les bases de données Oracle, lorsque possible, les paramètres de sécurité des bases de données de manière à assurer un bon niveau de sécurité de ses actifs informationnels. Ceux-ci	2017	O	Une procédure sera adoptée à l'été 2017 pour appliquer ces recommandations afin de restreindre les accès fournisseurs et de journaliser leurs interventions.			X

devraient inclure :						
- une longueur minimum du mot de passe de 8 caractères; - un délai d'expiration du mot de passe d'un maximum de 90 jours; - un nombre maximal de tentatives pour l'authentification de 5; - un historique de mot de passe minimum de 12; - des mots de passe incluant des chiffres et des lettres.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
<u>CISSS de l'Outaouais:</u>						
Unités de mesure						
Lors de notre audit, nous avons remarqué que plusieurs personnes responsables de compiler les unités de mesure n'avaient pas la version la plus récente du Manuel de gestion financière pour leur centre d'activité ou n'étaient pas au courant de certains détails au sujet des données à compiler pour leur centre d'activité. Nous recommandons que les personnes responsables de compiler les unités de mesure soient informées de toutes les informations nécessaires pour leur centre d'activités.	2016	O	Un processus a été mis en place en 2016-2017. Les gestionnaires sont informés par leur agent de gestion financière à chaque changement aux circulaires du MSSS. Formation de tous les gestionnaires sur le Manuel de gestion financière effectuée à l'automne 2016.			X
<u>CSSS de Gatineau :</u>						
Les méthodes d'enregistrement et de contrôle de l'unité de mesure – l'unité de technique provinciale du sous-centre d'activité 6352 (inhalothérapie — autres) ne	2009	O	En 2013, le CSSS de Gatineau s'est entretenu avec son fournisseur de service Logibec afin d'arrimer la compilation des unités de mesure du sous-centre d'activité 6352 avec une base			X

permet pas de s'assurer qu'elles sont valables, dû à la complexité de la procédure de compilation et l'unité de mesure B — l'usager n'a pas été compilé.			de données. Une modification à la compilation des unités de mesure sera effectuée lors du remplacement complet de HP-3000 par une base de données intégrée qui était prévue en 2014-2015 mais reporté par la suite. La priorité de ce projet sera réévaluée en 2017-2018.			
<u>CSSS du Pontiac :</u> Les unités de mesure du centre d'activité Service de pastorale (6390) n'ont pas été compilées. Ces services ne sont pas offerts par le personnel de l'établissement. On ne veut pas soumettre de tâches supplémentaires aux bénévoles qui offrent ce service. Les montants versés couvrent les frais de déplacement.	2012	O	Les unités étaient compilées dans un autre service que les contrats. Procédure mise en place avec l'agent de gestion financière pour transférer l'imputation des contrats en fin d'année.	X		
<u>CSSS des Collines :</u> Au cours de notre audit de la période terminée le 31 mars 2015, nous avons noté plusieurs lacunes de contrôle interne au niveau de la compilation et de la supervision des unités de mesure. Les lacunes observées mènent à la conclusion que les unités de mesure présentées aux centres d'activités suivants peuvent inclure des erreurs de compilation et donc fausser les coûts unitaires s'y rattachant (5939, 6170, 6351, 6561, 6562, 7161, 7162 et 6880) L'établissement n'a pas présenté les unités de mesure de certains centres d'activités : 5940, 5942,	2015	C	Un processus a été mis en place en 2016-2017. Les gestionnaires sont informés par leur agent de gestion financière à chaque changement aux circulaires du MSSS. Formation de tous les gestionnaires sur le Manuel de gestion financière effectuée à l'automne 2016. Note de service envoyée par la Direction des ressources financières aux gestionnaires le 17 mars 2017. Note de service envoyée aux	X		

6351, 7100.			gestionnaires concernés le 24 mars 2017 par le service des contrôles internes. Note de service - Rappel envoyé aux gestionnaires le 5 avril 2017.			
<u>CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau :</u> Électrophysiologie (6710) De nouveau, nous avons constaté l'impossibilité de vérifier l'existence du nombre d'unités comptabilisées pour le test « Holter ». Le nombre de tests effectués pour une période est obtenu à partir d'un logiciel informatique dont les données sont supprimées ultérieurement. Suite à la recommandation faite lors de l'audit intermédiaire, les rapports périodiques produits par ce logiciel sont maintenant imprimés et conservés. De plus, on ne compile pas distinctement les traitements donnés à des patients en isolement ou en salle d'opération, alors que ces tests ont une valeur d'unité technique provinciale supérieure. Nous avons également constaté que l'unité de mesure B), l'utilisateur n'était pas comptabilisé pour ce centre. Puisque les données des tests « Holter » n'étaient pas conservées, il est impossible d'évaluer la quantité d'utilisateurs ayant subi des traitements durant l'exercice.	2014	O	Processus révisé - informatisation de la compilation par un fichier Excel pour les tests « Holter ». Processus à revoir pour l'unité de mesure B.		X	
<u>CSSS de la Vallée-de-la</u> ☐ <u>Gatineau :</u>	2015	O	Aucune mesure en 2016-2017.			X

Consultations externes spécialisées (6302)						
La méthode de compilation quotidienne pour ce centre cause des erreurs par une utilisation inadéquate des fichiers de compilation, ce qui fausse le nombre de visites.						
<u>CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau</u> : Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie (6060)						
La compilation quotidienne n'est pas remplie adéquatement. Certains fichiers de compilation n'indiquaient pas le départ et le retour de l'utilisateur en cas d'absence, ce qui peut entraîner des erreurs dans les jours-présences.	2015	O	Processus révisé. Fichier utilisé pour faire la compilation.	X		
<u>CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau</u> : Prêt d'équipement aux usagers de services à domicile (7163)						
Le rapport périodique n'est pas adéquat pour calculer l'unité de mesure et ainsi le nombre d'utilisateurs peut être erroné. Également, la date inscrite sur le rapport ne correspond pas à la date du prêt d'équipement, ce qui peut entraîner une erreur de démarcation.	2015	O	L'information est disponible dans le système d'information I-CLSC.	X		
Les unités de mesure des centres d'activités ci-dessous ne sont pas disponibles (page 132 du AS-471) :						
C/A 7163 - Prêt d'équipement aux	2016	O	Un processus a été mis en place en 2016-2017 pour obtenir l'information.	X		

usagers SAD Unité de mesure B : L'utilisateur (coût 2015-2016 : 528 071\$)						
C/A 7601 - Buanderie-lingerie internat D.P. Unité de mesure B : Le jour-présence (coût 2015-2016 : 15 052\$)						
Les unités de mesure du centre d'activités ci-dessous ne sont pas disponibles (page 132 du AS-471) :						
C/A 6806 - Pharmacie en CLSC Unité de mesure B : L'utilisateur (coût 2015-2016 : 37 107\$)	2016	O	Le processus sera mis en place en 2017-2018.			X
Les unités de mesure du centre d'activités ci-dessous ne sont pas disponibles (page 132 du AS-471) :						
C/A 7603 - Buanderie-lingerie autres Unité de mesure B : Le jour-présence (coût 2015-2016 : 10 911\$)	2016	O	Le processus sera révisé en 2017-2018.			X
<u>CISSS de l'Outaouais</u> Les unités de mesure pour le sous-centre d'activités 5922 (Intervention et suivi de crise-santé mentale) n'ont pas été comptabilisées pour les installations de Papineau, Collines, Pontiac ainsi que la Vallée-de-la-Gatineau.	2017	O	Le processus sera révisé en 2017-2018.			X
Les unités de mesure du centre d'activités 5950 (Formation donnée par le personnel infirmier) ont été inscrites en fonction d'une	2017	O	Le processus sera révisé en 2017-2018.			X

estimation et non en fonction des heures réelles de prestations de formation, ce qui pourrait fausser les données statistiques.						
Les unités de mesure du centre d'activités 7690 (Transport externe des usagers) étaient sous-évaluées et les unités de mesure du sous-centre d'activités 7401 (Déplacement des usagers) étaient surévaluées puisque durant l'année, les unités des deux sous-centres d'activités ont été imputées dans le 7401.	2017	O	Le processus sera révisé en 2017-2018.			X
Lors de notre audit, nous avons noté que certains gestionnaires ou personnes responsable de la compilation des unités de mesure, n'étaient pas au courant de la description et des instructions par rapport à leur sous-centre d'activités dans le Manuel de gestion financière alors que certains n'étaient même pas au courant qu'ils devaient compiler des unités de mesure.	2017	O	Un processus sera mis en place en 2017-2018.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
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, «	2017	O	L'établissement se conforme aux directives du ministère. Une réserve au rapport des auditeurs a été émise à cette effet.			X

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

[illegible]

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le CISSS de l'Outaouais reconnaît 153 organismes communautaires. C'est 139 d'entre eux qui 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 en 2015-2016 et 2016-2017.

Le CISSS de l'Outaouais s'assure, pour toute subvention allouée à un organisme communautaire dans le cadre du PSOC, qu'il reçoit une copie du rapport d'activités ainsi que du rapport financier de l'organisme. À cette fin, 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 la brochure : Programme de soutien aux organismes communautaires 2016-2017, dans le Cadre de référence, de relation et de soutien financier pour les organismes communautaires de l'Outaouais et dans la Convention de soutien financier 2015-2018. Le CISSS de l'Outaouais avise par écrit la présidence et la direction de l'organisme concerné. L'organisme peut 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).

PSOC 2016-2017 - Subventions aux organismes communautaires reconnus
Données pour Rapport annuel de gestion 2016-2017

Organismes communautaires	2015-2016	2016-2017
Académie des retraités de l'Outaouais	45 859 \$	46 409 \$
Action-Quartiers	61 997 \$	62 741 \$
Adojeune inc.	417 641 \$	423 470 \$
Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	21 844 \$	22 106 \$
Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	6 115 \$	6 188 \$
Alliance alimentaire Papineau	10 603 \$	10 730 \$
Antre-Hulloises inc.	189 794 \$	192 072 \$
Arche Agapè inc.	530 235 \$	536 598 \$
Association des familles monoparentales et recomposées de l'Outaouais	1 800 \$	1 800 \$
Association des femmes immigrantes de l'Outaouais	91 068 \$	92 161 \$
Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	209 787 \$ ¹	214 328 \$
Association des personnes vivant avec la douleur chronique	82 138 \$	83 124 \$
Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau "La Lanterne"	107 611 \$	108 902 \$
Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	726 730 \$	735 451 \$
Association pour personnes exceptionnelles de Papineau inc.	93 431 \$	94 552 \$
Association pour Personnes Handicapées de Papineau	162 047 \$	163 992 \$
Association Répit Communautaire	151 152 \$	152 966 \$
Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	235 744 \$	238 573 \$
Avenue des Jeunes	647 594 \$	655 365 \$
Banque Alimentaire de la Petite Nation	52 971 \$	53 607 \$
Bouffe-Pontiac	62 836 \$	63 590 \$
Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	489 938 \$	495 817 \$
C.A.D.O. Centre artisanal pour la déficience-intellectuelle de l'Outaouais	302 595 \$	306 226 \$
C.A.P. Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	196 176 \$	198 530 \$
Centre alimentaire Aylmer	79 168 \$	80 118 \$
Centre d'action bénévole "A C C E S"	188 728 \$	190 992 \$
Centre d'action bénévole de Hull	188 636 \$	190 900 \$

Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	235 475 \$	238 301 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau	110 282 \$	111 605 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais	331 508 \$	335 486 \$
Centre de rencontre Arc-en-Ciel Itée	12 000 \$	12 000 \$
Centre de ressources Connexions	71 879 \$	72 742 \$
Centre d'entraide aux aînés	188 142 \$	190 400 \$
Centre des aînés de Gatineau	546 034 \$	552 587 \$
Centre des jeunes de Wakefield	64 763 \$	65 540 \$
Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais)	975 510 \$	987 216 \$
Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	302 997 \$	306 633 \$
Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	255 090 \$	255 332 \$
Centre Inter-Section	526 219 \$	532 534 \$
Centre Intervalle Pontiac	258 663 \$	261 767 \$
Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	316 336 \$	320 132 \$
Centre Kogaluk	76 365 \$	77 281 \$
Centre Serge Bélair	152 337 \$	154 165 \$
Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet	11 210 \$	11 345 \$
Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	26 496 \$	24 999 \$
Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	33 630 \$	34 034 \$
Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	16 305 \$	16 501 \$
Comité régional Troisième Âge Papineau	171 602 \$	173 661 \$
Comité Solidarité Gatineau-Ouest	1 500 \$	1 500 \$
Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	10 991 \$	11 123 \$
Donnes-toi une chance	290 623 \$	294 110 \$
Droits-Accès de l'Outaouais	230 890 \$	233 661 \$
Entraide familiale de l'Outaouais inc.	110 247 \$	111 570 \$
Entraide-Deuil de l'Outaouais	73 022 \$	73 898 \$
Entre deux roues	165 992 \$	167 984 \$
Épilepsie Outaouais Inc.	74 071 \$	74 960 \$

Espace Outaouais inc.	179 477 \$	181 631 \$
Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	57 833 \$	57 997 \$
Groupe Communautaire Deschênes	64 796 \$	65 574 \$
Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	0 \$	96 737 \$
Groupe Entre Femmes de l'Outaouais	34 622 \$	35 037 \$
Halte-Femme Haute-Gatineau	592 473 \$	599 583 \$
Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	93 874 \$	95 000 \$
La Maison Alonzo Wright	13 288 \$	13 447 \$
La Maison des Collines	15 000 \$	15 000 \$
La Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	654 347 \$	662 199 \$
La Maison Unies-Vers-Femmes	688 969 \$	697 237 \$
La mie de l'entraide	52 810 \$	53 444 \$
La Pointe aux jeunes inc.	147 491 \$	149 261 \$
La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	113 718 \$	115 083 \$
La source des jeunes	72 317 \$	73 185 \$
L'Alternative Outaouais	443 782 \$	449 107 \$
L'Amicale des personnes handicapées physiques de l'Outaouais	158 425 \$	160 326 \$
L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	297 777 \$	301 350 \$
L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	93 731 \$	94 856 \$
L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	53 693 \$	54 337 \$
L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	53 914 \$	54 958 \$
L'Autre chez soi inc.	654 347 \$	662 199 \$
Le Boulev'art de la Vallée	619 874 \$	627 312 \$
Le Centre Actu-Elle	189 636 \$	191 912 \$
Le Centre d'action bénévole de Gatineau	189 091 \$	191 360 \$
Le Centre d'aide 24/7	700 000 \$	720 500 \$
Le Centre d'entraide des aînés de Buckingham	24 443 \$	24 736 \$
Le Centre d'entraide La Destinée	188 373 \$	190 633 \$
Le Centre Mechtilde	720 527 \$	727 766 \$

Le Gîte Ami	694 996 \$	669 001 \$
Le Grenier des Collines	62 300 \$	63 048 \$
Le Jardin éducatif du Pontiac	67 782 \$	68 595 \$
Le Mashado	168 126 \$	170 411 \$
Le Mont d'Or	88 776 \$	89 841 \$
L'Entourelle	654 347 \$	662 199 \$
L'entraide de la Vallée	90 762 \$	91 851 \$
L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	75 169 \$	76 071 \$
L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	122 170 \$	123 636 \$
Les ami(e)s du manoir St-Joseph	47 897 \$	48 472 \$
Les enfants de l'espoir	1 800 \$	1 800 \$
Les Grands-Frères et Grandes-Sœurs de l'Outaouais inc.	31 758 \$	32 139 \$
Les Habitations Nouveau Départ	263 833 \$	266 999 \$
Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	132 420 \$	134 009 \$
Les Maisons des jeunes du Pontiac	234 481 \$	237 295 \$
Les Oeuvres Isidore Ostiguy	68 157 \$	68 975 \$
L'Impact - Rivière Gatineau	175 758 \$	177 867 \$
Logement intégré de Hull inc.	868 119 \$	878 537 \$
M-Ado jeunes	160 681 \$	162 609 \$
Maison amitié de la Haute-Gatineau	354 768 \$	359 025 \$
Maison communautaire Daniel-Johnson	75 357 \$	76 261 \$
Maison de jeunes Val-Jeunesse	72 317 \$	73 185 \$
Maison de la famille de Quyon	1 500 \$	1 500 \$
Maison de la famille du Pontiac	1 500 \$	1 500 \$
Maison de la famille l'Étincelle	27 799 \$	28 133 \$
Maison de la famille Vallée-de-la-Gatineau	1 800 \$	1 800 \$
Maison de la famille Vallée-de-la-Lièvre	6 200 \$	6 200 \$
Maison de l'Amitié de Hull	61 280 \$	62 015 \$
Maison le Ricochet	548 188 \$	554 766 \$
Maison Libère-Elles	654 358 \$	662 210 \$
Maison Mathieu Froment-Savoie (1997) inc.	865 873 \$	876 263 \$

Maison-Réalité inc.	759 340 \$	768 452 \$
Mani-Jeunes inc.	134 022 \$	135 942 \$
Manne de l'Île	123 710 \$	125 195 \$
Moisson Outaouais	105 134 \$	106 396 \$
Mon Chez-Nous inc.	140 797 \$	142 487 \$
Naissance-Renaissance Outaouais	121 157 \$	122 611 \$
Patro de Fort-Coulonge - Mansfield	42 577 \$	42 874 \$
Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	305 333 \$	309 274 \$
Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	133 246 \$	134 845 \$
Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	23 502 \$	23 784 \$
Résidence Le Monarque	408 000 \$	412 896 \$
S.O.S. Contact Al-To inc.	64 714 \$	65 943 \$
SAGA Jeunesse	108 704 \$	110 008 \$
Salon des jeunes de Thurso	59 756 \$	60 473 \$
Service régional d'interprétation visuelle de l'Outaouais	201 155 \$	203 569 \$
Société Alzheimer de l'Outaouais québécois	636 851 \$	644 494 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques (Division du Québec)	58 090 \$ ²	122 860 \$
Soupe populaire de Hull inc.	221 158 \$	223 559 \$
Suicide Détour	118 234 \$	119 653 \$
Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	108 970 \$	110 278 \$
Tel-Aide Outaouais	127 105 \$	128 630 \$
Trait d'Union Outaouais inc.	860 658 \$ ³	876 086 \$
Transport de l'âge d'or de Campbell's Bay inc.	20 382 \$	20 627 \$

¹ Retenue sur une entente spécifique (2015-2016) : 2 000 \$

² Retenue sur une entente spécifique (2015-2016) : 63 313 \$

³ Retenue sur une entente spécifique (2015-2016) : 5 040 \$

Total :

29 725 905 \$

30 223 291 \$

Note : Liste 2016-2017 des organismes communautaires reconnus au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) - Région 07 et n'incluant pas les subventions versées par d'autres directions du CISSSO à certains organismes communautaires de la région reconnus ou non au PSOC.

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

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

En vigueur le 28 janvier 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	156
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	157
1. Objectifs généraux	157
2. Fondement légal	157
3. Définitions.....	157
4. Champ d'application	159
5. Disposition finale	159
6. Diffusion.....	159
7. Principes d'éthique	160
8. Règles de déontologie	160
Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	163
Section 4 – APPLICATION	165
16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie	165
17 Comité de gouvernance et d'éthique	165
18 Comité d'examen <i>ad hoc</i>	166
19 Processus disciplinaire.....	166
20 Notion d'indépendance	168
21 Obligations en fin du mandat	168
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	171
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	172
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	173
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	174
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	175
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	176

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

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

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18 Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19 Processus disciplinaire

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

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

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

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

sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20 Notion d'indépendance

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

21 Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu