

Québec 

**Rapport annuel**  
de gestion

**2022**  
**2023**

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

**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](http://www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca)

Ce document est une réalisation de la direction générale, de la direction des communications et de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique avec la collaboration de toutes les directions du CISSS de l'Outaouais.

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

**Édition**

Sylvie Cardinal, direction de la qualité, évaluation, performance et éthique

**Diffusion**

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse [www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca](http://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.

## 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

---



*Michel Roy  
Président du Conseil  
d'administration*

Le conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais vous présente dans les prochaines pages son rapport annuel de gestion couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023. Cette période a été marquée par de nombreux défis qui n'ont pas été sans impacts dans l'organisation des soins et services auprès de la population de l'Outaouais. La capacité de nos employés, de nos professionnels, de nos gestionnaires, de nos médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de toujours se mobiliser pour relever les défis est pour nous une très grande source de fierté.

La rareté de la main-d'œuvre a figuré encore cette année en tête de liste de nos préoccupations. Ce problème qui est vécu partout ailleurs au Québec dans le réseau de la santé et des services sociaux est particulièrement aigu en Outaouais en raison de la situation frontalière avec les établissements ontariens. Certes, l'Outaouais a connu des bris de certains services, des fermetures temporaires dans certains secteurs, des listes d'attente qui sont trop longues pour certains services essentiels. Par contre, le dévouement de nos équipes a permis de minimiser considérablement les impacts et nous ne pouvons passer sous silence les gigantesques efforts déployés dans tous nos secteurs. Que ce soit dans l'accès aux services de première ligne, dans la gestion des lits d'hospitalisation ou dans la gestion des services aux personnes vivant dans les CHSLD, nombreux sont les exemples où ces efforts ont fait une différence auprès de la population desservie.

Nous devons aussi souligner les initiatives qui sont déployées dans le secteur des services sociaux. Ces secteurs évoluent souvent dans l'ombre, mais leur rôle est primordial dans l'organisation des services. En soutien à domicile, en déficience et réadaptation, en santé mentale, en santé publique, chaque service offert permet de soulager les secteurs de l'urgence, de l'hospitalisation et de l'hébergement, mais surtout permet aux personnes desservies d'améliorer leur qualité de vie. Un mot également au sujet des services jeunesse et de protection de la jeunesse, qui font face eux aussi à des défis énormes. Des solutions créatives et efficaces ont été élaborées dans toutes les équipes. Pensons notamment au programme « Aire Ouverte » qui rend l'accès aux services plus facile pour la clientèle jeunesse, à « l'Équipe rapide d'intervention dans la communauté » (ÉRIC) qui est une équipe multidisciplinaire en santé mentale qui travaille pour prévenir l'hospitalisation de patients en se rendant directement dans leur milieu de vie ou au projet « Interventions pour mieux agir en exclusion sociale » (IMAGES) qui est un service d'évaluation et d'intervention qui a pour but de favoriser l'intégration des personnes itinérantes dans la communauté.

En parallèle aux solutions à court terme implantées dans tous nos secteurs, des solutions à long terme sont en élaboration. Un dialogue constructif et porteur d'espoir a été soutenu tout au long de l'année avec nos partenaires externes de l'éducation et de l'enseignement pour développer des programmes visant à combler l'écart que nous affichons au chapitre de la main-d'œuvre. Les effets ne se feront pas sentir à court terme, mais les efforts déployés aujourd'hui permettront d'élaborer des solutions pérennes.

Plusieurs dossiers ont favorablement progressé dans l'année. Le projet de Centre hospitalier affilié universitaire au cœur de l'Outaouais a franchi de nombreuses étapes et on dénote un engagement profond

de nos équipes cliniques pour offrir à terme à la population de l'Outaouais le meilleur hôpital possible.

Nos cinq projets de maisons des aînés et maisons alternatives déployés partout sur le territoire ont aussi progressé, dont un premier bâtiment qui ouvrira à l'automne prochain dans le secteur Parc-de-la-Montagne (Hull). Ces projets auront un impact direct sur la qualité de vie de nos aînés.

Au cours de l'année 2022-2023, notre modèle de gouvernance des réseaux locaux de services (RLS) a été déployé avec succès dans nos territoires périphériques, notamment par la création de quatre postes de directeurs de RLS. Ce modèle qui donne une voix aux communautés locales répond à un besoin de mieux organiser nos soins et services dans les RLS. En lien avec cet objectif de gestion de proximité, les travaux visant à mieux desservir notre clientèle issue des Premières Nations ont également connu des avancées importantes, grâce à l'appui des partenaires de nos communautés algonquines. Le conseil d'administration reconnaît l'importance de mieux comprendre les réalités, les besoins et les aspirations des peuples autochtones dans le déploiement de ses soins et ses services.

La fin de l'exercice 2022-2023 a été marquée par le dépôt du projet de Loi 15 qui a pour objectif de revoir l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux en visant une efficacité accrue. Si on ne peut présumer de l'adoption du projet de loi dans sa forme actuelle, celui-ci affirme toutefois une volonté profonde du législateur de revoir la structure du réseau de la santé et des services sociaux, incluant la gouvernance. Les membres du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais réitèrent leur engagement à travailler au mieux-être de la population de l'Outaouais pendant la période de transition.

En terminant, le conseil d'administration désire transmettre sa reconnaissance à Mme Josée Filion (PDG) et Mme France Dumont (PDGA) qui ont quitté l'organisation en cours d'année et dont le leadership a largement teinté ce rapport annuel. Nos remerciements également à l'ensemble de nos partenaires internes, tels que les syndicats, les comités des usagers et de résidents, les Fondations, les conseils professionnels, ainsi que nos partenaires externes, notamment les organismes communautaires qui occupent un rôle essentiel dans la santé et le mieux-être de la population de l'Outaouais.

Comme toujours, le mot final revient à notre population, qui est au cœur de notre mission. D'ailleurs, la mise en place du modèle de gouvernance des RLS en Outaouais répond en tout point aux objectifs du projet de loi 15 en permettant une écoute encore plus active de nos usagers. La voix de la population a toujours été et demeurera toujours au centre de nos actions pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et des services.



Yves St-Onge  
Président-directeur général

*Bonne lecture!*

Le président du conseil d'administration,

Le président-directeur général,

A handwritten signature in blue ink that reads "Michel Roy". The signature is fluid and cursive.

Michel Roy

A handwritten signature in blue ink that reads "Yves St-Onge". The signature is fluid and cursive.

Yves St-Onge

## Table des matières

<b>1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS</b> .....	<b>3</b>
<b>2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS</b> .....	<b>8</b>
<b>3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>9</b>
3.1 L'établissement.....	9
3.2 Le conseil d'administration (au 31 mars 2023).....	14
3.3 Les faits saillants .....	16
<b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ</b> .....	<b>24</b>
<b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b> .....	<b>42</b>
5.1 L'agrément.....	42
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services.....	44
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission.....	67
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	68
5.5 L'information et la consultation de la population .....	68
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE</b> .....	<b>70</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	<b>72</b>
7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais .....	72
7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais .....	73
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES</b> .....	<b>74</b>
8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	74
8.2 L'équilibre budgétaire.....	74
8.3 Les contrats de service.....	75
<b>9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES</b> .....	<b>76</b>
<b>10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANTS</b> .....	<b>78</b>
<b>11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES</b> .....	<b>84</b>
<b>12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b> .....	<b>85</b>
<b>ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs</b> .....	<b>90</b>

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<i>AMM</i>	Aide médicale à mourir	<i>CUCI</i>	Comité des usagers du Centre intégré
<i>CA</i>	Conseil d'administration	<i>CVQ</i>	Comité de vigilance et de la qualité
<i>CCEC</i>	Comité de coordination d'éthique clinique	<i>DDR</i>	Direction de la déficience et de la réadaptation
<i>CCN</i>	Commission de la capitale nationale	<i>DI</i>	Déficience intellectuelle
<i>CEAM</i>	Comité d'évaluation de l'acte médical	<i>DJ</i>	Direction des programmes jeunesse
<i>CEC</i>	Comité d'éthique clinique	<i>DMA</i>	Directives médicales anticipées
<i>CEPI</i>	Candidat(e) à l'exercice de la profession d'infirmière	<i>DP</i>	Déficience physique
<i>CER</i>	Comité d'éthique de la recherche	<i>DPJ</i>	Direction de la protection de la jeunesse
<i>CGRi</i>	Comité de gestion des risques stratégique	<i>DPNH</i>	Direction du projet du nouvel hôpital
<i>CHAU</i>	Centre hospitalier affilié universitaire	<i>DRMG</i>	Département régional de médecine générale
<i>CHSLD</i>	Centre d'hébergement de soins de longue durée	<i>DSAPA</i>	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
<i>CII</i>	Conseil des infirmières et infirmiers	<i>DSI</i>	Direction des soins infirmiers
<i>CISSS</i>	Centre intégré de santé et de services sociaux	<i>DSMD</i>	Direction de la santé mentale et dépendance
<i>CLSC</i>	Centre local de services communautaires	<i>DSP</i>	Direction des services professionnels
<i>CM</i>	Conseil multidisciplinaire	<i>DTBI</i>	Direction des technologies biomédicales et de l'information
<i>CMDP</i>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	<i>ENA</i>	Environnement numérique d'apprentissage
<i>CMQ</i>	Collège des médecins du Québec	<i>ETC</i>	Équivalent temps complet
<i>CPO</i>	Coopérative des Paramédics de l'Outaouais	<i>GAP</i>	Guichet d'accès à la première ligne
<i>CPQS</i>	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	<i>GMF</i>	Groupe de médecine familiale
<i>CR</i>	Centre de réadaptation	<i>GMF-U</i>	Groupe de médecine familiale universitaire
<i>CRJDA</i>	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	<i>LPJ</i>	Loi sur la protection de la jeunesse
<i>CRSP</i>	Comité régional sur les services pharmaceutiques	<i>LSJPA</i>	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
<i>CSF</i>	Conseil des sages-femmes	<i>LSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<i>CSPI</i>	Comité stratégique en prévention des infections	<i>MDAA</i>	Maison des aînés et alternatives

<i>MRC</i>	Municipalité régionale de comté	<i>SCT</i>	Secrétariat du Conseil du trésor
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux	<i>SISSS</i>	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
<i>MTQ</i>	Ministère des transports du Québec	<i>SPC</i>	Sédation palliative continue
<i>MU</i>	Mission universitaire	<i>SQI</i>	Société québécoise des infrastructures
<i>NIM</i>	Niveau d'intervention médicale	<i>SRD</i>	Service de réadaptation dépendance
<i>OIIAQ</i>	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	<i>STO</i>	Société de transport de l'Outaouais
<i>OPQ</i>	Ordre des pharmaciens du Québec	<i>TROCAO</i>	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
<i>PAB</i>	Préposé aux bénéficiaires	<i>TSA</i>	Trouble du spectre de l'autisme
<i>PACQ</i>	Plan d'amélioration continu de la qualité	<i>UMF</i>	Unité de médecine familiale
<i>PDRH</i>	Plan de développement des ressources humaines	<i>URDM</i>	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
<i>PDSB</i>	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires	<i>URFI</i>	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
<i>PMT</i>	Plan de modernisation technologique	<i>UTRF</i>	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle
<i>POR</i>	Pratiques organisationnelles requises		
<i>PRN</i>	Procédure de médication prescrite au besoin		
<i>PRO</i>	Procédure		
<i>PSOC</i>	Programme de soutien aux organismes communautaires		
<i>PTM</i>	Plan de modernisation technologique		
<i>RAC</i>	Résidence à assistance continue		
<i>RI</i>	Ressource intermédiaire		
<i>RIEDP</i>	Réadaptation et intégration à l'enfance en déficience physique		
<i>RLRQ</i>	Recueil des lois et des règlements du Québec		
<i>RNI</i>	Ressource non institutionnelle		
<i>RPA</i>	Résidence privée pour aînés		
<i>RTF</i>	Ressource de type familial		
<i>SAD</i>	Services à domicile		

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

---

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.

Le président-directeur général,



Yves St-Onge

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

---

#### 3.1 L'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais assure l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à l'ensemble de la population qui comptait **405 158 habitants en 2021\***. La région de l'Outaouais est composée de 67 municipalités locales et 6 territoires non organisés répartis dans 5 municipalités régionales de comté (MRC). Elle couvre un territoire de plus de 34 077 km<sup>2</sup>.

Son siège social est situé à l'adresse suivante :

80, avenue Gatineau  
Gatineau (Québec) J8T 4J3

Au 31 mars 2023, on comptait 11 235 employés, 706 médecins, dentistes, pharmaciens et 12 sages-femmes et l'établissement gère un budget de plus d'un milliard de dollars.

#### MISSION – VISION – VALEURS

Le CISSS de l'Outaouais a révisé le 21 avril 2022 ses énoncés de mission et vision, mais surtout ses valeurs organisationnelles.

#### **La mission du CISSS de l'Outaouais**

Le Centre intégré de santé et des 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 et la sécurité de nos services, dans le respect de l'unicité 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 et ce, dans une pratique collaborative ;
- Nous nous engageons à faire des choix écoresponsables dans nos modes de consommation et de production à tous les niveaux au sein de l'organisation et ce, tant au niveau social, environnemental et économique.

---

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

## Les valeurs du CISSS de l'Outaouais

### Excellence

- Nous développons et mettons à contribution toutes nos compétences et nos expertises dans la réalisation de notre mission universitaire. Nous agissons avec pertinence, rigueur, courage et de façon efficiente.

### Partenariat

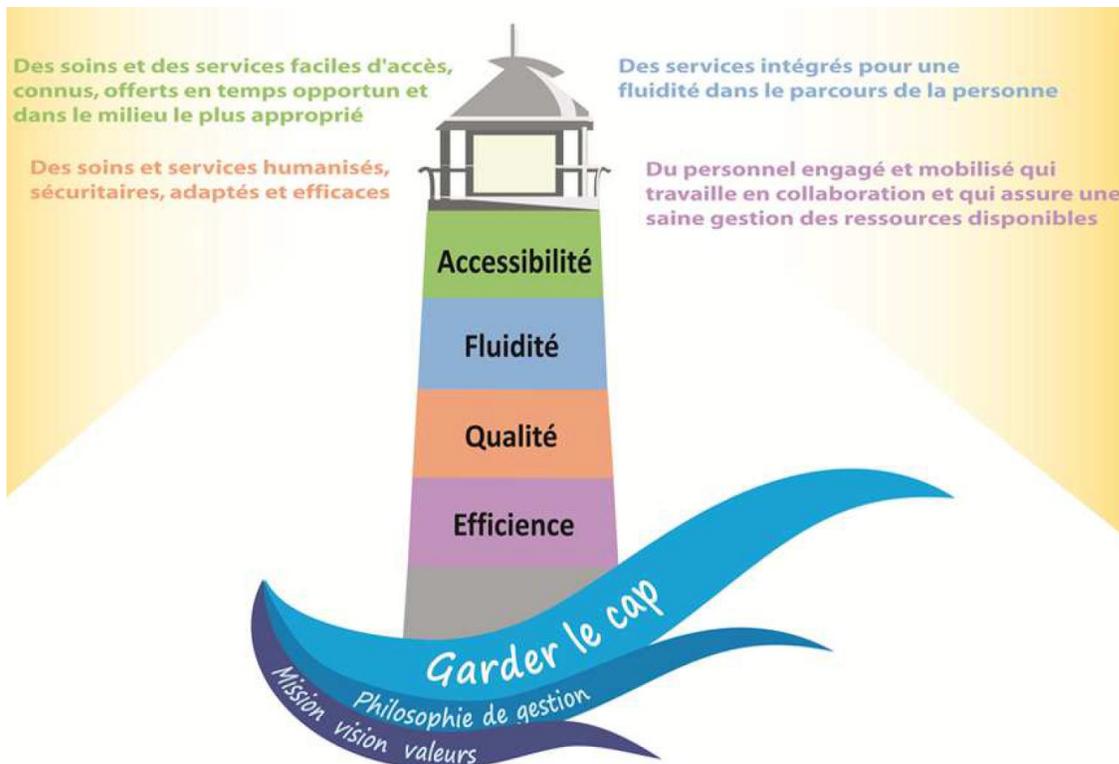
- Nous agissons dans un esprit d'entraide, de partage, de cohérence et de cohésion. Nous reconnaissons l'apport de toute personne en suscitant son implication et sa mobilisation. Nous souhaitons l'implication active et l'influence de nos communautés pour atteindre l'excellence.

### Bienveillance

- Nous faisons preuve de considération et de respect à l'égard de toutes les personnes avec qui nous interagissons en faisant preuve d'écoute, de courtoisie, de compassion et en soulignant l'importance du rôle de chacun. Nous acceptons les diversités, qu'elles soient culturelles, sexuelles ou de genre. Nous sommes inclusifs et respectueux de chaque personne.

### Engagement

- Nous sommes engagés, responsables, imputables et solidaires de nos décisions et de nos actes.
- Nous nous conduisons de manière juste, équitable, honnête et transparente en tout temps.



## LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

### **Centre local de services communautaires (CLSC)**

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

### **Centre hospitalier**

- Services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés.

### **Centre d'hébergement et de soins de longue durée**

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

### **Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse**

- Services de nature psychosociale, dont les services d'urgence sociale, pour les jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ;
- Services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise pour la garde d'enfants, d'adoption et de la recherche des antécédents biologiques.

### **Centre de réadaptation**

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

## AFFILIATIONS UNIVERSITAIRES DU CISSS DE L'OUTAOUAIS

Le CISSS de l'Outaouais détient des contrats d'affiliation avec l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et avec l'Université McGill. Ces partenaires contribuent au développement de l'enseignement et de la recherche en sciences de la santé et des services sociaux avec l'Outaouais depuis plusieurs années.

Le partenariat avec l'Université McGill a débuté en 1988, année de l'ouverture de l'Unité de médecine familiale de Gatineau (UMF). En septembre 2020, d'autres jalons importants ont été posés avec l'ouverture de la Faculté de médecine délocalisée de l'Université McGill en Outaouais et l'agrandissement du groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U). Depuis son ouverture, le Campus Outaouais accueille 24 étudiants en médecine par année. Ce nombre passera à 28 en 2022-2023 et, à terme, lorsque les quatre cohortes du programme seront en formation simultanément, c'est entre 96 et 112 étudiants en médecine qui feront leur parcours académique dans la région. Ce nombre pourrait d'ailleurs éventuellement être revu à la hausse afin de répondre aux besoins du nouvel hôpital dans la région.

Avec ses programmes en santé et sciences sociales, l'UQO représente également un partenaire de choix pour le CISSS de l'Outaouais. En plus de contribuer significativement aux travaux du Centre de recherche du CISSS, l'UQO a permis à l'établissement d'accueillir près de 200 stagiaires au cours de l'année 2022-2023 pour un total d'environ 8 500 jours de stages, permettant ainsi la formation de la relève dans la région dans des domaines tels que : l'administration, l'informatique, les sciences comptables, les soins infirmiers (incluant infirmière praticienne spécialisée), la psychologie, la psychoéducation, le travail social et la criminologie.

En plus d'offrir régionalement la formation de la relève pour le CISSS, ces deux universités collaborent afin que l'année préparatoire au doctorat en médecine puisse éventuellement être offerte dans la région. Toutes deux contribuent également aux travaux du CISSS de l'Outaouais par le biais de divers comités.

#### LA VOCATION SUPRARÉGIONALE

Le département de radio-oncologie du CISSS de l'Outaouais offre un service ultraspécialisé à vocation suprarégionale desservant la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais pour les traitements de radiothérapie. Toutefois, en raison d'une pénurie de main-d'œuvre, le service a été suspendu pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue depuis septembre 2023.



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

### 3.2.1 Le conseil d'administration (au 31 mars 2023)

#### Membres désignés

Mme Catherine Janelle – Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mme Karine Laplante – Conseil des infirmières et infirmiers

M. Mathieu Ouellet – Conseil multidisciplinaire (incluant les sages-femmes)

Mme Claire Major – Comité des usagers

VACANT – Département régional de médecine générale

VACANT – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

#### Membres nommés

M. Yves St-Onge – Président-directeur général par intérim du CISSS de l'Outaouais - Secrétaire du conseil d'administration

M. Dave Blackburn – Milieu de l'enseignement

#### Membres indépendants

M. Michel Roy – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité - Président du conseil d'administration

Mme Christiane Morin-Carle - Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux - Vice-présidente du conseil d'administration

M. Ousmane Alkaly – Compétence en ressources immobilières informationnelles ou humaines

M. Rémi Bertrand – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

Mme Marie-Christine Fournier – Expertise en protection de la jeunesse

M. Xavier Lecat – Expertise dans les organismes communautaires

VACANT – Expertise en réadaptation

VACANT – Expertise en santé mentale

VACANT - Compétence en gouvernance et éthique

#### Fondation Observateur

M. Luc Cadieux - Fondation Santé Outaouais

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

Aucun manquement au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration n'a été constaté au cours de l'année par les instances disciplinaires. Aucune sanction n'a été imposée et aucune personne n'a été révoquée ou suspendue.

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

### **3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives**

#### Les comités du conseil d'administration

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

- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de révision
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité des ressources humaines
- Comité intérimaire sur la mission universitaire
- Comité transitoire du nouvel hôpital

#### Les conseils professionnels

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

#### Les autres comités et instances consultatives

- Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de l'Outaouais
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)
- Comité stratégique en prévention des infections (CSPI)
- Comité d'éthique de la recherche (CER)
- Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)
- Comité central d'évaluation de l'acte médical (CEAM)
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)
- Comité du réseau local de services de la Vallée-de-la-Gatineau
- Comité du réseau local de services de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation

- Comité territorial de vigie du RLS des Collines
- Comité du réseau local de services du Pontiac

### 3.3 Les faits saillants

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

#### LES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

##### 1. Ressources humaines et santé organisationnelle

- Intensifier la planification, l'attraction et l'acquisition de talents
- Renforcer nos relations avec les employés et les syndicats
- Accentuer la gestion de proximité
- Accroître la santé organisationnelle
- Améliorer les services de la DRHAJ

##### 2. Amélioration continue (soins, services, cliniques et ressources humaines)

- Implanter une philosophie de gestion d'amélioration continue
- Atteindre l'excellence dans l'application des normes
- Développer les compétences du personnel et le maintien des savoirs

##### 3. Technologie de l'information / Télésanté

- Maximiser le potentiel de la télésanté afin de rapprocher les soins et le service du demandeur (proximité)
- Transformation vers la culture numérique - Développer la vision et les orientations de la transformation numérique (TN) et réaliser l'implantation
- Utiliser les données aux fins de décisions cliniques et de gestion
- Informatiser et automatiser les processus clinico-administratifs via l'usage des technologies
- Permettre aux cliniciens d'accéder efficacement à la documentation clinique

##### 4. Image corporative

- Améliorer les stratégies de communication avec les médias, les partenaires et les syndicats
- Humaniser l'image des soins et des services du CISSS de l'Outaouais dans le but d'améliorer la réputation et la confiance envers l'établissement
- Développer le sentiment d'appartenance
- Augmenter le rayonnement positif et la visibilité des activités qui nous distinguent

##### 5. Gestion de proximité 2.0

- Consolider l'offre de service correspondant au territoire local
- Améliorer l'état de santé de la population locale en mettant à profit la collectivité dans le processus de recherche de solutions
- Adapter les règles de fonctionnement et les standards afin d'assurer une gestion de proximité qui répond aux réalités des territoires

## **6. Transition vers le nouvel hôpital – MDA et MA**

- Actualiser le plan de transition et élaborer le plan fonctionnel sur l'utilisation optimale des espaces de l'hôpital de Gatineau
- Développer et réviser tout service et trajectoire en fonction de sa viabilité et de son transfert vers le CHAU
- Assurer l'ouverture des MDAA annoncées pour notre territoire et le déploiement de la Politique sur l'hébergement et les soins et services de longue durée (PHSSLD)

## **7. Mission universitaire**

- Mettre en place la gouvernance et la culture de la mission universitaire pour l'obtention du statut universitaire
- Développer l'infrastructure de recherche
- Améliorer le volet enseignement et formation pratique
- Développer le volet transfert de connaissances
- Développer le volet pratiques de pointe
- Considérer l'évaluation des technologies et modes d'intervention

### LES NOUVEAUX ENJEUX ET LES PRINCIPALES RÉALISATIONS

#### (FAITS SAILLANTS ORGANISATIONNELS)

### PROJET DU NOUVEL HÔPITAL

Bien ancré au sein du CISSS de l'Outaouais, le futur Centre hospitalier affilié universitaire est un tournant majeur pour le réseau de santé en Outaouais. Ce projet permettra non seulement d'offrir une meilleure accessibilité de soins à la population de la région, mais également d'accroître l'offre de service, en Outaouais. Au cours de la dernière année, l'équipe de projet, maintenant composée de 21 professionnels aux profils diversifiés, a travaillé activement à la planification du projet.

#### **Choix du terrain**

Étape déterminante vers la réalisation du projet, le choix du terrain s'est arrêté sur la rue Edmonton, dans le centre-ville de Gatineau (secteur Hull). Ce terrain, d'une superficie de 325 000 mètres carrés, sera suffisamment vaste pour accueillir une construction de cette ampleur, en plus d'être à proximité des grands axes routiers, et d'être adéquatement desservi par le transport en commun. Les démarches d'analyses et de collecte d'informations sur l'ensemble des propriétés ont été complétées, et les démarches pour l'expropriation de celles-ci ont été lancées.

#### **Dépôt du programme fonctionnel**

Dans la dernière année, l'équipe de direction de projet du nouvel hôpital ainsi que plusieurs partenaires et collaborateurs ont déposé en mars 2023 le programme fonctionnel qui permet de définir la portée et l'ampleur des besoins fonctionnels et opérationnels, selon les différents besoins identifiés dans le plan clinique. Le projet a été réalisé en intégrant la démarche de design

collaboratif (Lean), dont l'objectif est l'optimisation des processus et des parcours de soins. L'équipe de Direction de projet nouvel hôpital a également eu la chance de visiter plusieurs centres hospitaliers du Québec et de l'Ontario qui se démarquent par leurs approches novatrices. Le programme est structuré de manière à regrouper les services par affinités fonctionnelles selon les six grands pôles d'activités : ambulatoire, hospitalisation, diagnostique et thérapeutique, soutien clinique, soutien général, ainsi que recherche et mission universitaire.

### **Communications et implication des usagers partenaires**

Dans le cadre des différentes démarches de planification des espaces et de définition des besoins cliniques, l'objectif premier est d'offrir la meilleure « expérience patient » possible. C'est pourquoi, dès le début du projet, une démarche visant à impliquer les usagers partenaires a été mise en place, leur permettant ainsi de collaborer aux différents travaux de la planification du futur Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU).

Un espace Web dédié a également été développé afin d'assurer une belle vitrine sur le projet et de permettre un accès rapide à l'information. (<https://chau.ciass-outaouais.gouv.qc.ca/>)

### **MAISONS DES AÎNÉS ET MAISONS ALTERNATIVES**

Les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA) correspondent à un nouveau concept provincial d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Les MDA-MA sont des installations composées de maisonnettes comprenant 12 chambres chacune, qui s'apparentent plus au domicile qu'à l'hôpital, et qui sont ouvertes sur la communauté pour favoriser la participation sociale des résidents. Modernes, lumineuses, et pourvues d'espaces verts, les services y sont organisés autour des souhaits et des besoins des résidents.

Le CISSS de l'Outaouais travaille activement sur trois projets de construction et deux projets d'agrandissement d'installations existantes. De nombreuses rencontres de planification, de consultation et de travail ont eu lieu dans la dernière année afin de suivre les travaux de construction, voir aux besoins logistiques et technologiques, ainsi qu'aux pratiques cliniques à mettre en place. Des comités et des outils (infolettres, page Web, page intranet, vidéos et publications sur les médias sociaux) ont été déployés afin d'informer les partenaires, la population ainsi que le personnel sur les travaux en cours et les changements à venir. Un plan de formation a été élaboré et une partie du personnel qui travaillera en MDA-MA a déjà été formé.

La première ouverture de MDA-MA dans la région sera celle du Parc-de-la-Montagne, située à Hull. Comprenant 72 places, elle devrait accueillir ses résidents début novembre 2023. Les travaux préparatoires pour la MDA-MA de Maniwaki (100 places) ont officiellement été lancés en juin 2022 et la première pelletée de terre pour la construction de la MDA-MA de Masson-Angers (72 places) a eu lieu en janvier dernier. Quant aux agrandissements, on vise une ouverture en 2025 pour les nouveaux locaux de l'actuel CHSLD des Collines, et une prise de possession en 2026 pour la nouvelle aile du Centre d'hébergement Vallée-de-la-Lièvre.

## **AIRE OUVERTE**

Aire ouverte offre différents services en santé mentale ou santé physique adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans. Sur place, des conseils pour les études, le travail, le logement ou des renseignements sur l'aide financière et juridique sont aussi donnés. Axé sur la co-construction avec les jeunes, le développement de ce projet est basé sur la participation citoyenne permettant de mettre les jeunes et leurs proches au cœur des décisions.

En plus de travailler étroitement avec les jeunes partenaires, Aire Ouverte collabore avec différents partenaires communautaires de la région. Ces collaborations sont précieuses, car elles permettent d'avoir une vision d'ensemble sur les besoins des jeunes et des intervenant.es qui les soutiennent, dans le but de développer un service adapté à la communauté.

Au cours de la dernière année, plusieurs postes ont été comblés, dont les postes de technicienne en éducation spécialisée, d'éducateur, d'agente administrative, d'intervenante sociale et d'infirmière praticienne spécialisée de 1ère ligne.

Le site physique temporaire d'Aire Ouverte est présentement en construction dans le secteur Hull. Le lieu a été stratégiquement privilégié suite aux importantes tournées dans les milieux pour rencontrer les jeunes, aux échanges avec les partenaires travaillant avec les 12-25 ans et les travaux des comités.

La page Web Aire Ouverte a été ajoutée sur le site Web du CISSS de l'Outaouais : <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/obtenir-des-services-pour-les-jeunes-et-leur-famille/aire-ouverte/>. L'équipe d'Aire Ouverte développe présentement une campagne publicitaire qui sera déployée sur les réseaux sociaux pour promouvoir les services des organismes qui œuvrent déjà dans la région. La phase de recrutement des jeunes est complétée, les participants participeront au tournage de la campagne au courant de l'été.

## **ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE**

L'accès à des services de première ligne est un dossier d'une grande importance pour l'organisation et la population. Ainsi, plusieurs initiatives ont continué d'être exploitées au cours De l'année 2021-2022 pour faire connaître toute l'offre de première ligne à la population.

- Réorientation aux urgences : une campagne massive de communication a eu lieu afin d'informer la population sur les alternatives aux urgences. Plusieurs messages importants, dont « quoi faire lorsque l'on est inquiet pour notre santé », « quelles sont les ressources lorsque j'ai besoin d'une consultation médicale » et « quoi faire en cas d'urgence », ont été diffusés via une nouvelle campagne avec un visuel accrocheur.
- GAP et GAP numérique : les services du guichet d'accès à la première ligne (GAP) ont été déployés au courant l'année 2022-2023 alors que progressivement toute la clientèle

inscrite au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a pu accéder à ce service. Le GAP permet à des personnes sans médecin de famille inscrites au GAMF d'accéder à des soins de santé via le 811 : option 3. Une évaluation est effectuée par une infirmière qui réfère l'utilisateur vers le service requis selon sa condition. Pour sa part, le [GAP numérique](#) est un outil d'aide disponible en ligne qui permet d'orienter les usagers vers le bon service selon sa condition de santé. Cet outil est disponible à toute la population.

- Ouverture de la GMF-AR Avicenne : L'ouverture de cette clinique médicale permet un accès populationnel à des consultations médicales via Rendez-vous santé Québec. Son ouverture a permis de mettre en place près de 7 500 rendez-vous par année.

### **CENTRE D'EXPERTISE EN GESTION DES MALADIES CHRONIQUES DE L'OUTAOUAIS**

Le Centre d'expertise en gestion des maladies chroniques de l'Outaouais (CEMCO) a inauguré ses nouveaux locaux le 2 décembre 2022. L'équipe est formée d'infirmières cliniciennes, de nutritionnistes et d'une kinésiologue. Tous travaillent en collaboration avec le médecin traitant, le pharmacien ainsi que d'autres professionnels du réseau de la santé. L'équipe vise l'éducation de la clientèle à l'autogestion de leur maladie de façon sécuritaire. Les clients suivis au centre d'expertise sont des adultes ayant vécu un événement cardiaque ou atteints de maladie de type diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, asthme et maladie obstructive chronique. La clientèle est rassurée par les suivis rapides effectués par les différents membres de l'équipe. Le patient développe une saine autonomie face à sa maladie et développe des réflexes sécuritaires face à celle-ci.

### **GESTION DE PROXIMITÉ ET NOUVEAUX DIRECTEURS RLS**

En novembre 2022, le CISSS de l'Outaouais procédait à la nomination de quatre directeurs de réseaux locaux de services (RLS). Ceux-ci travaillent en étroite collaboration avec les partenaires du milieu, ainsi que les gestionnaires, les médecins et les équipes locales. La nomination des directeurs de RLS s'inscrit dans la priorité organisationnelle visant à mettre à profit les équipes locales pour adapter les règles de fonctionnement et les standards afin d'assurer une gestion de proximité qui répond aux réalités de chacun des territoires. Depuis leur entrée en poste, les directeurs se sont bien ancrés dans leurs RLS en multipliant les rencontres avec les différents acteurs de la communauté. Il est également possible de constater les impacts positifs de l'ajout de ces cadres supérieurs dans les territoires auprès des équipes.

### **CLINIQUE AMBULATOIRE 0-17 ANS DE L'OUTAOUAIS**

Le CISSS de l'Outaouais a annoncé le 21 novembre 2022, l'ouverture officielle de la Clinique ambulatoire destinée à la clientèle âgée entre 0-17 ans de l'Outaouais. Cette offre de service permettra aux enfants d'obtenir des visites et des suivis avec une équipe d'urgentologues du lundi au vendredi. De plus, la Clinique ambulatoire accueillera une clientèle qui est sans médecin de

famille. Il s'agit d'une des alternatives supplémentaires aux urgences. Nous constatons déjà un taux de satisfaction élevé auprès de la population de l'Outaouais. L'accès à cette clinique s'effectue par Rendez-vous santé Québec, les réorientations aux urgences ainsi que par le guichet d'accès à la première ligne.

### **PROJET SONGIDEYE À L'HÔPITAL DE MANIWAKI**

En juin 2022, le CISSS de l'Outaouais a lancé, en collaboration avec le Centre Amitié Autochtone de Maniwaki, le projet Songideye qui permet des services de première ligne aux personnes autochtones. Une employée a été embauchée afin de faciliter les communications entre les usagers autochtones, leurs proches et le personnel soignant.

De plus, le déploiement des services de premières lignes permet de répondre aux besoins de la population autochtone qui vit ou qui transite dans le milieu de la Vallée-de-la-Gatineau. Cette équipe permettra le travail de proximité et adapté auprès d'une clientèle de tous âges nécessitant des soins de santé et/ou des services sociaux. Elle s'assurera de planifier et de coordonner la trajectoire de services auprès des partenaires autochtones et des services offerts dans la communauté. Cette équipe multidisciplinaire supportera et accompagnera l'utilisateur dans l'amélioration de l'accès aux services.

### **PROJET K2**

Un important projet de modernisation technologique a débuté sa phase d'implantation au CISSS de l'Outaouais au cours de l'année 2022-2023. Le projet « K2 » vise à uniformiser, consolider, optimiser, rationaliser et harmoniser certains actifs clinico-administratifs de la région vers des solutions uniques. Actuellement, ces actifs comprennent entre autres trois différents systèmes d'index locaux et ADT, cinq systèmes de rendez-vous et un l'index patients maître (IPM).

La première implantation s'est déroulée avec succès en novembre 2022 à l'Hôpital de Maniwaki. Une équipe dédiée a d'ailleurs été mise à profit pour assurer une transition harmonieuse, en formant et en supportant les professionnels qui utilisent cette application. D'ici le début de l'année 2024, le projet devrait être implanté dans l'ensemble des hôpitaux de l'Outaouais.

### **CLINIQUE 0-10 JOURS EN OBSTÉTRIQUE**

La clinique 0-10 jours a été mise sur pied en novembre 2022 afin de faciliter la trajectoire de soins pour la clientèle en périnatalité qui présente des conditions médicales spécifiques requérant une consultation. Cette clinique externe permet en outre de diminuer le temps d'hospitalisation pour la mère et le bébé en postpartum, d'assurer un corridor de service entre le CLSC, le triage à l'urgence, la maison de naissance et la périnatalité, toujours dans le but d'assurer des pratiques de soins de qualité et sécuritaire pour la mère et le nouveau-né.

## LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES SERVICES OFFERTS, LES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

La rareté de la main-d'œuvre est un contexte difficile dans lequel doit évoluer l'ensemble de notre organisation. La direction des ressources humaines et des affaires juridiques travaille à améliorer son offre de service pour affronter cette réalité quotidienne.

Un comité de planification de main-d'œuvre a été mis en place avec divers partenaires internes afin de cibler et de prioriser des stratégies sur trois grands volets : l'attraction, la fidélisation et la santé organisationnelle. D'ailleurs un plan de main-d'œuvre sera déployé au sein de l'organisation sous peu. Malgré la pénurie de main-d'œuvre criante en Outaouais, 1 798 embauches ont été réalisées en 2022-2023 dont 243 ont été soutenues par une bourse d'études. Trente embauches de la dernière année sont le résultat d'efforts de recrutement international dont 18 en provenance du Maghreb. Ces 18 personnes arrivées en septembre dernier constituent la première cohorte d'étudiants-infirmiers diplômés hors Canada (ÉIDHC) dans le contexte de la première phase du *Projet de reconnaissance des compétences d'infirmières et d'infirmiers recrutés à l'international*, initiative conjointe du MSSS, du ministère de l'Éducation et du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Ces étudiants, présentement en fin d'études de mise à niveau, ont déjà intégré nos milieux à temps partiel dans les fonctions de préposés aux bénéficiaires. Afin de favoriser une intégration réussie dans la région et, plus spécifiquement, dans l'organisation qu'est le CISSS de l'Outaouais, un programme d'accueil et d'intégration spécifique aux employés internationaux a été développé au cours de la dernière année.

Ces efforts de recrutement ont été appuyés par un groupe de 25 ambassadeurs employés du CISSS de l'Outaouais qui constitue la première cohorte du programme des Ambassadeurs mis sur pied par l'équipe d'Attraction et d'acquisition de talents à l'automne dernier.

Dans la volonté de notre organisation de soutenir davantage la présence au travail, le CISSS de l'Outaouais a formé plus de 500 bienveilleurs, programme qui vise à détecter et orienter des collègues qui vivent de la détresse, partout sur son territoire permettant ainsi de prendre soin l'un de l'autre. De plus, le programme d'intégration et de retour au travail aura permis d'accompagner plus de 170 personnes. Des groupes d'autogestion de l'anxiété sont désormais offerts au personnel. Également, 30 interventions psychosociales ont soutenu des équipes ayant vécu un événement difficile. Ce changement d'approche a eu un impact considérable sur le ratio d'assurance salaire qui a diminué de 19,1 % et d'augmenter le ratio de présence de 2,3 % comparativement à 2019.

Encore cette année, le programme reconnaissance aura fait fureur au sein de l'organisation puisque nous comptabilisons plus de 12 000 participations à diverses activités lors du mois de reconnaissance en mai et tout au long de l'année (défis, concours, spectacle d'humour, conférence...).

L'organisation a aussi intensifié ses collaborations auprès de plusieurs partenaires externes permettant ainsi de développer différentes passerelles de formation pour soutenir son personnel dans leur évolution de carrière (l'AEC en bureautique, le DEP en assistance à la personne en établissement et à domicile ainsi qu'un DEC en soins infirmiers), et ce, en plus des 6,757 millions de dollars de dépenses en formation offerte.

Au chapitre des installations matérielles, outre le projet de construction de maison des aînés et maison alternative du Parc-de-la-Montagne (secteur Hull) qui ouvrira ses portes au cours de la prochaine année, les principales modifications suivantes ont été demandées aux permis d'exploitation :

- Modification d'adresse du Groupe de médecine de famille universitaire (909, boulevard La Vérendrye Ouest à Gatineau) et maintien du Centre de services ambulatoires en pédiatrie de l'Outaouais au 500, boulevard de l'hôpital à Gatineau;
- Ajout de la nouvelle installation du Centre de prélèvement externe situé au 75, boulevard de La Gappe à Gatineau;
- Modification de la dénomination de l'installation du 207 Mont-Bleu à Gatineau en CLSC;
- Demande d'un permis pour la mise sur pied de services de procréation médicalement assistée;
- Modification du permis du Centre de services ambulatoires de Vallée-de-la-lièvre, du 110 rue Georges, Gatineau.

### LES IMPACTS DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 SUR LES ACTIVITÉS

Après deux années qui ont été fortement impactées par la pandémie de Covid-19, l'exercice 2022-2023 a été marqué par un relatif retour à la normale. Bien sûr, la pandémie a entraîné des effets durables dans l'organisation des soins et des services. Par exemple, les outils technologiques (visioconférence, télésanté, etc.) qui ont été déployés en urgence pour limiter les déplacements ont fait leurs preuves et permettent d'améliorer l'accès à plusieurs services, et d'améliorer la collaboration entre professionnels. Il en est de même pour les services de vaccinations, qui ont dû être déployés à grande échelle pendant la pandémie. L'expérience acquise a été mise à profit dans les campagnes de vaccination saisonnières. Au chapitre financier, le CISSS de l'Outaouais a consacré plus de 99 M\$ en 2022-2023 à des dépenses associées à la pandémie, principalement en salaires et en primes. Bien que ce soit la pénurie de main-d'œuvre qui soit la principale cause de l'augmentation globale de nos listes d'attentes, la pandémie a également eu un effet notable sur ce phénomène.

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

### CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES

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

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Le remplacement d'un processus vieux d'une certaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors du réseau.	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces dernières doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur RTS. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.	R
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des DSPublique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020. Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4 <sup>e</sup> année du primaire et celle contre le méningocoque de sérogroupe C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les VPH en secondaire 3. Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3 <sup>e</sup> , 4 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> ) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire. Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.	R
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et	Dans le cadre de ce financement, les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un	<i>Cette attente a été annulée</i>

	les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.	<i>par le MSSS</i>
2.1	Implanter des sites Aire Ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire Ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R
2.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'usagers en attente et des délais d'attente au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajoutée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	<i>Cette attente a été annulée par le MSSS</i>
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale et ce, afin d'être en conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (9MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif	Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils	NR

	<p>(NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)</p>	<p>doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification conjointe précoce des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les actions structurantes pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie.</li> <li>2. Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH.</li> <li>3. Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence.</li> </ol> <p>Les résultats attendus sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40% de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30% d'usager hors délai en variable 8 évaluations-orientations.</li> </ol> </li> <li>2. Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'utilisateur. <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8% par rapport aux lits disponibles.</li> </ol> </li> </ol>	
3.2	<p>Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les</p>	<p>Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. un minimum de 85% des employés en contact direct avec les personnes âgées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30% des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne âgée ;</li> <li>2. un minimum de 50% des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes âgées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des</li> </ol>	NR

	personnes âgées	services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées ; 3. un minimum de 30% des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.	
3.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les âgés. Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des GMF et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.	R
3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	Des actions structurantes accompagnent ce projet de société, dont un investissement de 10 M\$ qui a été annoncé en décembre 2019 et reconduit en 2020-2021, 2021-2022 et 2022-2023 permettant d'augmenter les services offerts directement aux personnes proches aidantes (information, formation, répit, présence-surveillance, dépannage, soutien psychosocial, etc.) pour l'ensemble des programmes services tels que soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience physique et déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, santé mentale, dépendance/itinérance, santé physique. Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies.	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Les établissements doivent : a. avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les âgés ; b. offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins ; c. encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement ; d. réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique.	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées	R

	télésanté	dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	
5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	<p>Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en leurs matières. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la LPJ conserve son caractère d'exception.</p> <p>Trois actions sont attendues dans le cadre de l'EGI :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la DPJ afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement.</li> <li>2. Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou parents référés par la DPJ vers les services de proximité.</li> <li>3. Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.</li> </ol>	R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	<p>L'établissement doit élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Celui-ci doit prévoir une révision du processus basée sur les recommandations identifiées dans le cadre du projet SQSV-TNDR en favorisant la collaboration de toutes les directions impliquées. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS et tenir compte des recommandations à venir du MSSS qui pourrait soutenir la démarche. En outre, le plan devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises. Aussi, le plan doit inclure l'élaboration d'un cadre pour la production et le suivi d'indicateurs en se basant sur le rapport de performance CATALIS. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumise au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (de recherche, cliniques et administratifs). Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. En somme, ce plan d'action doit être conçu pour permettre à l'établissement de répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes visant la réduction successive des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.</p>	<i>Le CISSS de l'Outaouais n'a pas été concerné par ce livrable</i>

7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	<p>Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de la pression sur le personnel</li> <li>• Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen</li> <li>• Amélioration de la qualité des services</li> <li>• Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure</li> </ul> <p>Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderniser les outils technologiques</li> <li>• Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs</li> <li>• Rehausser la cybersécurité</li> <li>• Prendre le virage vers l'infonuagique</li> <li>• S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux</li> <li>• Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN)</li> </ul> <p>Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle. Pour plus de précisions, les établissements peuvent se référer aux guides produits par le MSSS.</p>	R
-----	--	---	---

R : réalisée

NR : non réalisée

CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS

<b>Légende</b>	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 %
----------------	-----------------------------------	---	--

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

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<b>Santé publique</b>				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	33,1	50,0	67,1	50,0
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	91,1	93,0	92,5	93,0
<u>Plan stratégique</u> 1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (anciennement 1.01.15)	78,6	90,0	75,7	90,0
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	396	450	795	450
1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	71,2	90,0	72,5	90,0

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	86,4	90,0	89,5	90,0
<u>Plan stratégique</u> 1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	90,06	85,00	98,57	90,00
<u>Plan stratégique</u> 1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	85,41	80,00	83,89	80,00
<p><b>Commentaires :</b></p> <p><b>1.01.27-EG2, 1.01.28-PS :</b> L'engagement n'a pas été atteint pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a beaucoup de report de rendez-vous en raison d'enfants malades.</li> <li>- La fenêtre de 2 semaines pour l'administration du vaccin afin que les usagers soient considérés adéquatement vaccinés pour cet indicateur est très courte.</li> <li>- Il est plus ardu d'offrir ce rendez-vous de vaccination dans les deux semaines prescrites depuis l'ajout du service d'ABC 18 mois et plus (30 min) qui s'effectue conjointement avec la vaccination 18 mois.</li> <li>- Nos enjeux de vaccination dans les délais sont plus grands dans les RLS des Collines (56.9%) et de la Vallée-de-la-Gatineau (56.6%).</li> </ul> <p>Le plan de rattrapage de la vaccination de la rougeole (en raison de la pandémie) a aussi eu un impact sur la disponibilité de nos ressources pour la vaccination régulière. Ce plan a amélioré notre couverture vaccinale des jeunes enfants, par contre il a eu un impact négatif sur notre pourcentage d'enfants vaccinés dans les délais puisque nous avons rejoint davantage d'enfants plus âgés.</p> <p><b>Réalisations :</b></p> <p>L'application Clic-Santé - implantée à l'automne 2022 dans tous les territoires - Est paramétrée de sorte que des rendez-vous ne peuvent pas être octroyés à l'extérieur du délai de 2 semaines, nous assurant ainsi que le délai visé soit respecté pour cet indicateur. De plus, des rappels de rendez-vous sont envoyés aux parents 1 semaine et 48h avant le rendez-vous. Des rendez-vous sont aussi offerts de soir et les fins de semaine.</p> <p>Lors de report de la vaccination, il y a beaucoup d'enfants malades, nous tentons de replanifier des rendez-vous dans les 2 semaines prescrites en offrant des rendez-vous dans d'autres CLSC à proximité de la famille.</p> <p>Appel individuel aux parents en guise de rappels de la vaccination dans certains territoires en périphérie.</p>				

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<b>Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>				
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70,6	80,0	71,6	80,0
<b>Commentaires :</b> On note une légère augmentation par rapport à l'année dernière. Au cours de l'année, nous avons mis en place une plateforme informatique pour faciliter la complétion des audits d'hygiène des mains. Depuis la mise en place de cette plateforme, on note une augmentation du nombre d'audits effectués. Nous avons mis en place un rappel mensuel pour la réalisation des audits d'hygiène des mains auprès des différentes équipes afin de rendre le processus vivant dans le temps. Un Power BI pour la compilation des données a été mis en place pour avoir accès aux données en temps réel autant par le service de prévention des infections que par les gestionnaires des unités afin de connaître et d'ajuster leur taux. Un affichage, mis à jour minimalement 4 fois par année, est présent sur les unités. On remarque un plus bas taux d'observance à l'hygiène des mains au moment 1 qu'au moment 4. Peu d'audits sont réalisés de soir et de nuit. Des efforts sont mis en place pour augmenter l'observance à l'hygiène des mains : tournée gestionnaire et conseillère en PCI, audit hygiène des mains plus régulier, affichage dans les unités du taux d'hygiène des mains.				
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)</b>				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	91,4	85,0	90,1	85,0
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	98,5	90,0	94,9	90,0
<b>Plan stratégique</b> <b>1.03.20-PS Nombre de maisons de répit pour soutenir les proches aidants</b>	ND	ND	2	ND
<b>Commentaires :</b> 1.03.20-PS : Il s'agit d'un indicateur national, il n'y a donc pas de cible (engagement) définie par établissement.				
<b>Soutien à domicile (SAD)</b>				
<b>Plan stratégique</b> 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 620 398	1 124 500	2 106 687	1 169 480

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	14 818	13 323	14 409	13 406
<b>Commentaires :</b>  S/O				
<b>Déficiences</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	672	660	668	669
<b>Commentaires :</b>  Nous observons une diminution du nombre de places par rapport à l'an dernier de l'ordre de 4 places, et ce malgré les ouvertures de places réalisées grâce aux investissements en hébergement auprès des usagers ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme. Ceci s'explique par le fait que les places en CHSLD comptabilisés dans cette reddition de compte ne sont pas des places dédiées auprès des usagers ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme, il y a donc eu variation de la clientèle, passant de 95 usagers ayant ce profil hébergé en CHSLD à 79. De plus, des RIRTF ont annoncé leur fermeture au cours de l'année, annulant ainsi l'effet escompté par l'augmentation des places via les investissements. Pour toutes ces raisons, nous sommes ainsi à 1 place de la cible, soit 668 places pour une cible de 669.				
<b>Jeunes en difficulté</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	262	230	684	344
<u>Plan stratégique</u> 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	42,72	25,00	37,58	25,00

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<b>Commentaires :</b>				
<p><b>1.06.04-PS :</b></p> <p>1. Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat</p> <p>Nous n'avons pas été en mesure d'atteindre les cibles en raison d'un manque important de personnel. Nous avons eu un automne et un hiver très difficile avec en moyenne 22/58 intervenants membre de leur ordre pour faire des évaluations et ce, sans capacité de recruter de manière significative par le peu de CV et le peu de personnel qualifié membre de leur ordre disponible sur le marché du travail. Le bilinguisme est un enjeu aussi puisque c'est un facteur supplémentaire de difficulté de recrutement avec une clientèle importante anglophone selon les secteurs.</p> <p>2. Les mesures correctrices mises en place :</p> <p>Nous avons réorganisé le travail à l'évaluation-orientation en embauchant des techniciens en travail social, des aides sociales et des agents administratifs supplémentaires pour soutenir le travail des professionnels membre de leur ordre concernant les tâches qui ne requiert pas d'être membre de l'ordre.</p> <p>Afin d'augmenter nos capacités d'assignation pour pallier le manque d'ARH à l'évaluation/orientation, nous avons organisé 21 journées de travail les fins de semaine. Pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, nous avons assigné 111 enfants qui étaient en attente d'évaluation.</p> <p>Nous avons consolidé notre programme d'accueil-orientation-intégration afin d'augmenter notre taux de rétention de personnel.</p> <p>Nous avons rencontré des intervenants dans les maisons d'enseignement afin de leur parler du travail en protection de la jeunesse ; cela a contribué à l'embauche de 25 personnes au printemps à la fin de l'année scolaire.</p> <p>Nous avons mis en place le projet Élan afin de travailler en amont des services de la protection de la jeunesse.</p> <p>3. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente si données disponibles ;</p> <p>Bien que nous ayons eu moins de personnel que l'année précédente nous avons tout de même diminué le délai de 4.87 jours. Ceci démontre que ce qui a été mis en place a fonctionné, mais la situation demeure fragile.</p>				
<b>Dépendances</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	4 454.	3 259	3 790	3 360

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<b>Commentaires :</b>				
S/O				
<b>Santé mentale</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 133	559	1 497	501
<b>Commentaires :</b>				
<p>Augmentation du nombre de personnes priorité P3 et P4 en attente pour un premier service et détérioration de l'état de santé mentale populationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins de services associés à l'intervention rapide d'intervention dans la communauté, équipes à rehausser (IPAM équipe relais)</li> <li>• Augmentation des demandes à priorité élevée pour une prise en charge rapide, générant une attente plus longue pour les demandes à priorité régulière</li> <li>• Conditions socio-économiques précaires dans la communauté génèrent des besoins additionnels, notamment par la crise du logement et les grands besoins pour des alternatives à l'hospitalisation, tels l'hospitalisation à domicile et l'accès à des places résidentielles</li> </ul> <p>Difficultés au niveau de l'attraction et du maintien des ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absences du personnel se maintiennent malgré l'augmentation du nombre de postes dans les services de santé mentale (80 % de présence)</li> <li>- Difficultés de dotation des postes associées à la précarité de ressources humaines en Outaouais accentuée par la réalité frontalière, notamment pour les titres d'emploi infirmier, psychologue, travailleur social et psychiatre, en plus de la difficulté à recruter du personnel bilingue</li> </ul> <p>Mesures implantées en 2022-2023 pour l'accès aux services de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ententes gré à gré avec professionnels et organismes (services individuels et de groupe)</li> <li>• Services achetés en psychothérapie ont permis à 310 adultes de bénéficier de 221 heures de psychothérapie en privé</li> <li>• Développement de l'épisode bref de services au Guichet d'accès et appels de bienveillance aux usagers en attente</li> <li>• Équipe de liaison en santé mentale dans les centres hospitaliers a été bonifiée et desserte en proximité avec prise en charge par les équipes de santé mentale des 5 réseaux locaux de services</li> <li>• Assignations systématiques des demandes de services et révision régulière des charges de cas pour assurer un roulement adéquat des <i>Caseload</i> des intervenants</li> <li>• Implantation progressive du modèle provincial de soins en étapes : programme québécois pour les troubles mentaux et site pilote pour le déploiement de la plateforme de soins virtuels</li> </ul> <p>Au 31 mars 2022, le nombre d'adultes en attente de services était de 1133 adultes, alors qu'en mars 2023 (P12), l'attente se situe à 1380 adultes en attente.</p>				

INDICATEURS	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>L'augmentation s'explique par une chronicisation de l'état de santé mentale des personnes en attente, générant des besoins de services pour une prise en charge rapide et davantage dans une modalité de services individuels.</p> <p>En lien avec l'utilisation de 2 systèmes d'information nécessaires pour suivre les demandes de services, des problématiques de codification ont été détectées. Un plan de travail sera élaboré en 2023-2024 afin d'assurer la qualité de la donnée sera élaboré.</p>				
<b>Santé physique - Urgence</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	19,75	15	22,85	16,30
<u>Plan stratégique</u> 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	140.	130	178	127
<p><b>Commentaires :</b></p> <p><b>1.09.01-PS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins de 50% des ressources infirmières sont présentes sur les unités de soins, ce qui génère une certaine fermeture de lit, ne pouvant pas assumer la prestation de soins sécuritaires autrement. Stagnation des NSA dans le pourcentage des lits restants. Les urgences opératoires se rajoutent à l'équation pour laisser très peu de lits aux usagers de l'urgence.</li> <li>- Manque de 500 lits d'hébergement au niveau régional</li> <li>- Plusieurs obstacles à la fluidité quotidienne. Besoin de levier stratégique pour dénouer certains enjeux</li> </ul> <p><b>Réalisations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigie quotidienne des 75 ans et plus ainsi que les 48h et plus aux urgences</li> <li>• Vigie quotidienne des admissions jour même et des urgences opératoires</li> <li>• Vigie quotidienne des DMS de plus de 10 jours par les chefs des unités</li> <li>• Implantation du triage bref aux urgences urbaines</li> <li>• Comité opérationnel de fluidité hospitalière quotidien mis en place</li> <li>• Groupe Teams inter directionnel pour optimiser la fluidité hospitalière</li> <li>• Ajout d'un deuxième chef aux urgences urbaines à TC</li> <li>• Ajout d'un coordonnateur médical aux étages</li> <li>• Révision des actions au plan de désencombrement des urgences</li> <li>• Tableau de bord des DMS</li> </ul>				

### Santé physique - Urgence

- Campagne de sensibilisation invitant la population à utiliser les alternatives à l'urgence.
- Formations pédiatriques et mise en place d'OC et d'OPI pour accélérer la prise en charge pédiatrique
- Mise en place d'un gestionnaire de cas
- Utilisation des civières de surcapacité sur les unités ouvertes de courte durée

#### 1.09.16-PS :

Non atteint, augmentation de 30 minutes au délai depuis P1

- Les délais de PEC à Hull, Gatineau et Papineau ont le plus grand impact sur l'indicateur. Wakefield - à voir pourquoi les délais de PEC en augmenté.
- Les taux d'occupation des urgences font en sorte que des patients observés ou admis débordent à l'ambulatoire, ce qui nuit à la fluidité ambulatoire

#### Réalisations :

Zones ZER (Zone d'évaluation rapide) pour encourager le roulement à l'ambulatoire.

### Santé physique

1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	ND	NA	39	NA
---	----	----	----	----

#### Commentaires :

Sans commentaire puisqu'aucun engagement en 2022-2023.

### Santé physique - Chirurgie

1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	2 279	1 100	1 941	520
<u>Plan stratégique</u> 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	4 451	2 300	3 537	4 400

#### Commentaires :

1.09.32.00-EG2 - L'engagement n'a pas été atteint pour les raisons suivantes :

- La pénurie de main-d'œuvre qualifiée pour les blocs opératoires a engendré une diminution du nombre de salles d'opération ouvertes régionales.
- La formation pour acquérir l'expertise en salle d'opération et la rareté des gens intéressés à y œuvrer augmente le niveau de difficulté.

- La pandémie mondiale a nécessité le délestage des blocs opératoires plusieurs mois. Ce qui a comme conséquence l'accumulation des cas nécessitant une chirurgie ainsi que plusieurs annulations de ceux prévus à la planification chirurgicale durant cette période.
- Système d'information désuet, cheminement de la donnée chirurgicale complexe et papier, laissant beaucoup de place aux erreurs (facteurs humains)

**Réalisations :**

- Afin d'élaborer des stratégies et de suivre les avancements, un comité de priorisation chirurgicale a lieu chaque mardi. Plusieurs actions en découlent :
  - Priorisation des 1 an et plus, ainsi que des cas oncologiques
  - Transformation de certains types de chirurgie AJM vers des CDJ
  - Distribution des plages opératoires selon les listes d'attente
  - L'entente 108 avec les CMS
- Stratégies d'optimisation des autres titres d'emplois, implantation des infirmières auxiliaires dans les blocs opératoires
- Plan d'orientation mis à jour et revu à la baisse pour accélérer l'accès des blocs à la main d'œuvre
- La gouvernance chirurgicale, revue et révisée structure hiérarchique revue afin de permettre l'optimisation de la fluidité ainsi que l'harmonisation des installations (urbains et périphériques)
- Mis à jour des règlements de blocs opératoires
- Mis en place d'un ratio de lit exclusif à la chirurgie dans les CH

**Santé physique - Cancérologie**

<u>Plan stratégique</u> 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	61,1	75,0	47,3	80,0
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	93,2	95,0	84,8	95,0

**Commentaires :**

1.09.33.01-PS et 1.09.33.02-EG2 : Voir commentaires de l'indicateur 1.09.32.10-PS

**Santé physique - Services de première ligne**

<u>Plan stratégique</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	79,39	84,00	75,66	85,00
--	-------	-------	-------	-------

<u>Plan stratégique</u> 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	266 994.	266 807	266 784	272 148
1.09.48-EG2 Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	ND	2	ND
<u>Plan stratégique</u> 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	42	51	45	52
<p><b>Commentaires :</b></p> <p>1.09.27-PS et 1.09.27.01-PS : Nous observons une diminution du nombre de personnes inscrites à un médecin de famille par rapport à l'année précédente.</p> <p>Nombre croissant de médecins de famille qui prennent leur retraite et une augmentation de la population. Les médecins qui quittent pour la retraite ont un nombre de patients inscrits largement supérieur au nombre de patients pris en charge par les médecins qui entrent en pratique.</p> <p><b>Réalisations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La première ligne mise maintenant sur un accès à des services plutôt que sur la prise en charge par une médecine de famille. Les mesures se multiplient en ce sens, notamment par la mise en place d'un Guichet d'accès en première ligne (GAP).</li> <li>- Le GAP est un service d'évaluation du besoin du patient par des infirmières qui permet de diriger la personne vers le service requis et pertinent (médecin ou autre professionnel) de première ligne.</li> <li>- Depuis le 1er mars 2022 la clientèle sans médecin de famille inscrite au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a désormais accès à des services en première ligne.</li> </ul> <p>1.09.51-PS L'engagement n'a pas été atteint. La clinique ambulatoire 0-17 ans de l'Outaouais a ouvert ses portes en novembre 2022 et l'orchestrateur y est déployé. Retard dans le déploiement du DME dans les CLSC urbains.</p>				
<b>Santé physique – Imagerie médicale</b>				
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examen électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	34,9	100,0	36,4	100,0

1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	33,0	100,0	40,8	100,0
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	62,8	100,0	70,1	100,0
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pénurie de personnel : Plus de 50% des postes de technologues en imagerie médicale sont vacants</li> <li>- Les équipements récemment acquis (IRM, SCAN et appareils d'échographie) ne fonctionnent pas à leur pleine capacité</li> <li>- Bris de service en Mammographie à l'hôpital de Maniwaki dû au manque de personnel et à la démission d'une technologue</li> </ul> <p><b>Réalisations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Épuration continue de la liste d'attente</li> <li>- Révision du processus d'attribution de RDV pour augmenter l'efficacité des services</li> <li>- Communication avec les médecins prescripteurs pour mettre l'accent sur la pertinence clinique</li> <li>- Mise en place d'un programme de formation de technologue en radio diagnostique</li> <li>- Mise en place d'une bourse de 12000 \$ pour attirer des technologues (recrutement de près de 10 dans la dernière année)</li> <li>- Entente 108 avec le LIM St-Joseph pour les IRM</li> <li>- Avoir recours à de la main-d'œuvre indépendante</li> </ul>				
<b>Santé physique – Services spécialisés</b>				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	54,2	82	58	85
<p><b>Commentaires :</b></p> Manque de plages horaires de la part de médecins spécialistes.				
<p><b>Réalisations :</b></p> Plusieurs spécialités ont vu leurs délais d'accès s'améliorer en l'occurrence la cardiologie, la neurologie et la physiothérapie avec l'arrivée de nouveaux médecins.				
<b>Ressources humaines</b>				
<u>Plan stratégique</u> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,01	0,98	1,07	1,34
<u>Plan stratégique</u> 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	88,92	87,92	89,62	88,14

3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	29,7	50,0	77.6	100
<b>Commentaires :</b>				
3.01.02-EG2 : Le déploiement organisationnel de la formation se poursuit en continu. Certains employés étant absents ou en congé, la pénurie de personnel dans certains secteurs ainsi que la mobilité du personnel sont des éléments qui ralentissent la progression. Des interventions ciblées sont déployées et les rapports de progression sont suivis par les directions.				
<b>Ressources technologiques</b>				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	87,1	95,0	61,8	95,0
<b>Commentaires :</b>				
<b>ND</b>				

N.A. : ne s'applique pas

N.D. : non disponible

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

---

### 5.1 L'agrément

Le CISSS de l'Outaouais possède un statut d'organisme agréé. Les visites se divisent en cycle d'une durée de 5 ans et chaque cycle se subdivise de la séquence 1 à 5. Rappelons que ces cycles d'accréditations permettent de viser l'excellence des soins et services dans une démarche d'amélioration continue appuyée sur les normes issues des meilleures pratiques. Il s'agit d'une démarche obligatoire comme stipulé dans la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS chapitre S-4.2) (Article 107.1.) : tout établissement doit obtenir, auprès d'un organisme d'accréditation reconnu, l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense.



Agrément Canada (AC) est l'organisme qui évalue et certifie tous les établissements. La démarche permet de certifier que les soins et services sont : conformes aux pratiques ; répondent à des normes de qualité et de sécurité et respectent des standards élevés.

La démarche d'AC ne se limite pas à la présence des équipes de visiteurs. Il s'agit d'un processus continu qui fait l'objet d'évaluation séquentielle par les équipes de visiteurs. C'est donc une culture d'évaluation et d'amélioration dans laquelle est engagé le CISSS de l'Outaouais.

La direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) a préparé les différentes équipes à la visite de la séquence 3 du Cycle 1. Cette visite a eu lieu du 25 au 30 septembre 2022.

Les membres de l'équipe "Évaluation et Amélioration de la qualité" de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique ont soutenu les responsables de chapitre et de pratiques organisationnelles requises (POR) des différentes directions. Deux guides ont été conçus pour aider les équipes visitées à préparer leurs équipes et préparer l'environnement physique des installations visitées soit, le Guide de préparation aux visites et la grille d'évaluation de l'environnement. En plus du guide et du support octroyé pour rassembler les preuves requises, des rencontres bimensuelles avec les différentes équipes ont permis de se préparer à la visite de l'équipe d'AC. Des simulations ont également permis une préparation plus pointue.

Nous avons accueilli 9 visiteurs et une observatrice de l'équipe d'AC. Dans cette séquence, ce sont les manuels de Santé physique ; de Services généraux et de la Télésanté qui ont été évalués. Près d'une trentaine de comités ont travaillé à la préparation de cette visite. La complétion de plus de 600 sondages a aussi été réalisée, et ce, en respect du calendrier imposé. Soulignons que 1703 des 1900 critères évalués sont conformes et qu'à travers les différents manuels évalués, le CISSS de l'Outaouais est conforme pour les 5 POR suivantes :

- Formation et perfectionnement

- Prévention du suicide
- Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire
- Prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV)
- Gestion des incidents indésirables

Actuellement, les différentes équipes des directions ciblées sont mobilisées à rendre conformes les 89 non-conformités soulevées par Agrément Canada. Notons que nous avons été évalués sur plus de 423 POR. À la lueur du rapport de visite d'AC, une relance des comités organisationnels sur les POR, du Bilan Comparatif des Médicaments (BCM), la prévention des chutes et réduction des blessures a été effectuée. Pour bien répondre aux attentes d'AC lors des non-conformités (NC), une fiche personnalisée par POR non conforme a été créée et remise à chaque leader de POR. Ces fiches permettent un suivi rigoureux et constant quant aux démarches à effectuer post-visite. Ce faisant, nous nous assurons également de respecter la date butoir du 31 août 2023. Un sondage mensuel est également soumis à chaque leader de POR. Celui-ci permet de suivre l'état d'avancement des travaux sur les non-conformités. Le rythme de travail des différentes équipes permettra de remettre à AC les preuves requises dans les délais prescrits.

Par ailleurs, le CISSS de l'Outaouais a reçu la visite d'AC pour terminer le cycle 1 de la séquence 4 et 5. Cette visite a eu lieu du 26 février au 3 mars 2023. Nous avons accueilli 8 visiteurs de l'équipe d'AC. Dans ces deux dernières séquences du Cycle 1, ce sont les manuels de la déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que celui du soutien à l'autonomie des personnes âgées qui ont été évalués. Une grande mobilisation et implication des équipes de la Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR) et de la Direction Soutien à l'autonomie des Personnes âgées (DSAPA) ont marqué l'automne 2022 et hiver 2023 en prévision de la visite d'AC.

Les équipes ont participé à des visites simulées pendant plus de 20 jours consécutifs dans près de 35 installations. Soulignons que ce sont près de 300 employés qui ont été rencontrés, questionnés et guidés dans le cadre de cet exercice. Les usagers et leurs proches ont également été mis à contribution ainsi que les comités d'usagers et des résidents. À chaque fin de journée, les gestionnaires participaient fidèlement aux rencontres bilan qui servaient à faire une rétroaction aux équipes opérationnelles sur les bons coups et les zones d'amélioration.

Mentionnons également l'implication d'un consultant qui a effectué les visites de simulation auprès des directions. Il a travaillé étroitement avec chaque responsable de pratique organisationnelle requise (POR) à préparer les équipes pour la semaine d'évaluation. Cette stratégie se révèle gagnante puisqu'encore une fois, le CISSS de l'Outaouais se démarque avec un très haut taux de conformité et des résultats qualifiés « d'exceptionnels » qui nous a été partagé lors de la présentation verbale des visiteurs le 3 mars dernier.

À l'heure actuelle, l'établissement n'a pas reçu la lettre de décision ainsi que le rapport de la visite séquence 4 et 5 par Agrément Canada. Par contre, lors du rapport verbal du 3 mars, les visiteurs ont souligné la préparation exemplaire des équipes. Soulignons que seulement 14 des 1000 critères se révèlent non-conforme et que sur les 80 POR évaluées, seulement 3 sont non-conforme.

L'équipe des visiteurs présente fièrement les bons coups et réalisations des directions par : un travail remarquable avec une bienveillance, un travail interdisciplinaire, la cohérence des actions, la culture de sécurité très développée et bien intégrée sans compter que l'équipe implique les usagers dans la démarche d'amélioration. De plus, on confirme que nous avons une culture juste de déclaration des événements indésirables, une gestion de proximité des intervenants, un engagement du personnel et des médecins, une technologie de pointe en place et que l'établissement a su s'adapter à l'offre de service au cours de la pandémie.

C'est sur cette note que l'établissement met fin à son premier cycle d'Agrément Canada qui avait débuté en 2019.

L'établissement débutera ses travaux suite à la réception du rapport de la séquence 4 et 5 et se prépare aussi à la prochaine visite qui aura lieu en avril 2024 pour les volets de la gouvernance, la santé publique, le leadership et les normes transversales.

## 5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Les comités de gestion des risques (stratégique et tactique) ont poursuivi leurs travaux afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services aux usagers. Les formations autant au niveau du personnel qu'auprès des gestionnaires constituent des moyens privilégiés favorisant une culture de gestion des risques, l'harmonisation de la déclaration des événements et la conformité du processus. Voici différentes actions réalisées au courant de l'année 2022-2023 :

#### **Tableaux de bord et données et données en gestion des risques :**

Le comité de gestion des risques élaborait chaque trimestre des tableaux de bord démontrant le portrait des incidents-accidents, les données relatives aux chutes, aux erreurs de médicaments, de même que la catégorie autre. En décembre 2022, nous avons procédé à un changement dans la présentation des données en gestion des risques. Grâce à la collaboration de l'équipe de performance de la DQEPE, un BI (informatique décisionnelle) a été élaboré et est maintenant accessible pour l'ensemble des gestionnaires de l'organisation. La donnée est mise à jour quotidiennement par l'équipe de gestion des risques. Il est possible de consulter les données des deux dernières années et d'y retrouver plus précisément, les données suivantes :

- Sommaire exécutif ;
- Évolution du nombre d'incident et accident par période (selon le sexe, le groupe d'âge, le type et circonstance, la direction, le service) ;
- Répartition des incidents/accidents par type d'événement (selon la direction, le service) ;
- Types et circonstance d'événement selon la direction et le service ;
- Classification des événements par niveau de gravité ;

- Événements avec conséquences permanentes (G, H, I) et par direction ;
- Délai moyen de traitement.

### **Formations en gestion des risques**

En 2022-2023, le personnel et les équipes opérationnelles avaient accès à une capsule de formation développée par la DQEPE sur l'environnement numérique d'apprentissage ENA. Entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023, 967 employés ont effectué la formation sur l'ENA ainsi que 83 avec l'aide de la DQEPE (en Teams ou présentiel).

Cette année encore, l'équipe de gestion des risques a mis l'accent sur la formation pour les gestionnaires. Pendant la période estivale (2022), la formation a été révisée et un calendrier avec une série de huit dates de formations a été proposé pour le personnel d'encadrement. Cette formation vise les objectifs suivants :

- Définir la gestion des risques, son importance ainsi que les objectifs 2021-2022 ;
- Présenter les processus de déclaration et de divulgation ;
- Identifier les rôles et responsabilités du déclarant et du gestionnaire ;
- Présentation de l'application SSISS (connaître les fonctions) et module d'extraction ;
- Présenter l'analyse sommaire et l'échelle de gravité ;
- Présenter l'événement sentinelle et les outils à compléter.

Un total de 185 gestionnaires a reçu une formation en gestion des risques au courant de l'année 2022-2023 et un total de 79 séances de « coaching » ont été données sur les thématiques suivantes : l'analyse sommaire, la divulgation et le BI en gestion des risques.

De plus, des formations ont été données par l'équipe de gestion des risques dans six ressources non institutionnelles. Un dépliant pour les RNI a été développé afin d'expliquer le processus de déclaration des incidents et accidents dans ces milieux.

### **Autres actions réalisées :**

- Sondage réalisé sur le processus de décentralisation des formulaires Ah-223 et analyse de celui-ci ;
- Trousse pour les gestionnaires (comprenant tous les outils pour les gestionnaires en gestion des risques) ;
- Audits de la catégorie des gravités F et plus et suivis auprès des directions concernées ;
- Audits sur les analyses sommaires non complétées : Pour chaque période financière, nous avons poursuivi l'envoi des tableaux de suivis des analyses sommaires non complétées. Chaque direction de même que chaque milieu/unité/service (MUS) peut avoir accès au numéro des déclarations qu'ils doivent compléter, et cela, périodiquement. Nous avons terminé l'année avec un pourcentage de 4.9 % des déclarations non complétées (ce qui représente un nombre de 537 déclarations) ;
  - Des audits ont également été effectués en lien avec certaines catégories spécifiques (Chutes trouvées par terre, catégorie autres, etc.) ;
  - Participation à la Semaine nationale de la sécurité des patients. Pour cette année, la thématique était la suivante « *Sécurité : lancer la discussion* ». Elle s'est tenue du 24 au 28

octobre 2022 par l'entremise des actions suivantes : Article dans le CISSSO Fil, site Web du CISSSO, ajout d'un bandeau sur la page d'accueil, publications sur les réseaux.

- Gestion de plus de 1866 demandes via l'adresse générique « Outlook » de gestion des risques (création d'utilisateurs SISSS, réactivation de mot de passe, modification du paramétrage SISSS-AH-223, demande de données, soutien téléphonique aux employés et gestionnaires) ;
- L'équipe de gestion des risques poursuit son travail de collaboration et de soutien à l'avancement des travaux des comités suivants (comité interdirections RI-RTF, comité pharmacosoins, comité radioprotection). À cela s'ajoute des participations à des comités externes avec d'autres établissements de santé de même qu'avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) volet gestion des risques.

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

À l'analyse du registre du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), on constate que nous avons eu un total de 10 553 événements déclarés pour l'année 2022-2023. Comme présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : la catégorie autre (36,9%), médicament (23,7%) et chutes (11,1%) pour un total de 1518 événements déclarés.

**Tableau 1**

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
AUTRE	561	36,9%	5,3%
MÉDICAMENT	360	23,7%	3,4%
CHUTES	169	11,1%	1,6%

Total incidents : 1518  
 Total événements : 10 553  
 Source SISSS

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

Tels que présentés dans le tableau 2, les trois principaux types d'accidents déclarés (au registre) sont : chutes/quasi-chute (50,3%), la catégorie « Autres » (18,9%) et les événements en lien avec la médication (17,4%) pour un total de 9035 accidents déclarés.

**Tableau 2**

Principaux types d'accidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
<i>CHUTE/QUASI-CHUTE</i>	5311	58,7%	50,3%
<i>AUTRES</i>	1999	22,1%	18,9%
<i>MÉDICATION</i>	1 326	14,6%	17,4%

Total accidents : 9035  
 Total événements : 10 553  
 Source SISSS

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

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

##### En lien avec les chutes :

- Une nouvelle affiche a été créée à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour sensibiliser le personnel et les usagers et usagères au sujet des mesures universelles en prévention des chutes (DDR) ;
- La procédure PRO-191 ainsi que la grille d'évaluation des risques en matière de sécurité à domicile ont été revues et intègrent les risques de chutes et la sensibilisation aux mesures universelles de prévention des chutes ;
- Programmation d'activités en novembre 2022 pour le mois pancanadien de prévention des chutes (Direction des soins infirmiers) ;
- Audits et aide-mémoire en lien avec la catégorie des chutes.

##### En lien avec la médication :

- Un projet de collaboration avec les pharmacies communautaires a été amorcé à la fin de l'année 2021 en collaboration avec le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) pour un déploiement des formulaires d'administration des médicaments (FADM) uniformisés dans les milieux de vie graduellement d'ici décembre 2023 (Direction des déficiences et de la réadaptation) ;
- Révision du protocole d'administration de la médication prescrite au besoin (PRN) dans les résidences à assistance continue (RAC). De plus, des audits sont faits auprès du personnel en RAC en lien avec la loi 90 lors de l'administration des médicaments (DDR) ;
- Des vérifications systématiques des FADM en résidences intermédiaires (RI) sont réalisées chaque semaine par nos infirmières (DDR) ;

- Audits et aide-mémoire en lien avec la déclaration liée à la médication ;
- Suite à un événement sentinelle, participation à des comités ad hoc avec les directions et accompagnement dans l'élaboration des plans d'amélioration continue de la qualité (PACQ); de plus, plusieurs mesures d'amélioration ont été mises en place suite à des événements. Suivi d'un indicateur (au comité stratégique) en lien avec les mesures d'amélioration mises en place dans le PACQ lors d'un événement sentinelle afin de s'assurer de la complétion de l'ensemble des mesures ;
- Présence d'un comité pharmaco-soins agissant à un niveau transversal dans l'organisation. Concertation auprès du comité pharmaco-soins en lien avec des événements impliquant la médication.

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

L'équipe de la PCI et ses partenaires ont poursuivi l'opérationnalisation du programme de prévention et de contrôle des infections à travers les différentes étapes de désescalade des mesures en lien avec la COVID-19. En partenariat avec l'équipe de PCI communautaire de la DSPU ainsi que le service de santé et sécurité au travail, les mesures en lien avec la COVID 19 ont été révisées, ajustées et adaptées pour les différents milieux et en fonction de l'épidémiologie et les réalités locales.

La dernière année a permis de recruter du nouveau personnel parmi l'équipe de PCI. Comme plusieurs nouvelles conseillères se sont jointes, nous avons été capables d'organiser les services plus efficacement. Quotidiennement, l'équipe poursuit la surveillance terrain des agents pathogènes nécessitant des précautions additionnelles et des éclosions. À cet effet, un plan d'action spécifique à la lutte contre l'ERV a été produit et est en cours de réalisation.

L'affichage du taux de conformité d'hygiène des mains a été mis en place dans la dernière année dans tous les CHSLD ainsi que tous les hôpitaux de la région de l'Outaouais. Différentes formations ont eu cours visant les travailleurs, les bénévoles et les usagers et leurs proches notamment en matière d'hygiène des mains.

#### Quelques faits :

- Au 1<sup>er</sup> avril 2022, il y avait 11 conseillères, 1 ASI, 1 ICS et une cheffe de service réparties sur le territoire de l'Outaouais ainsi qu'un officier PCI. Une augmentation de 4 par rapport à l'an dernier. Plusieurs postes sont encore à découvrir. Il n'y a plus de microbiologiste-infectiologue en Outaouais.
- Un effort soutenu a été mis pour le recrutement et la formation des nouvelles conseillères en PCI.
- L'équipe de PCI a assuré une présence 7 jours sur 7;
- L'offre de service PCI en CHSLD a été rédigée ainsi que pour la DJ/DPJ;
- La directive 009 : Conformité aux pratiques d'hygiène des mains activités d'audits a été mis à jour.
- La directive 025 : affichage des taux de conformité pratique d'hygiène des mains a été créée afin de répondre à des recommandations d'agrément Canada.

- Projet en cours en partenariat avec le service informatique et le service des approvisionnements pour l'achat d'une solution informatique pour l'amélioration de la cueillette et la saisie des données de PCI.
- Outils « Forms » et « Power BI » pour la production des audits d'hygiène des mains et pour les données du taux de conformité d'hygiène des mains.

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

Voici un résumé des constats en 2022-2023 par direction clinique :

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

Les mesures exceptionnelles de contrôle sont utilisées lorsqu'il y a un danger potentiel pour la sécurité de l'utilisateur, elles sont inscrites dans le plan de travail et planifiées. Dans le contexte de pandémie, certaines mesures ont été utilisées afin d'assurer la sécurité d'autres usagers. De façon exceptionnelle, une mesure peut être instaurée lors de situation de crise, mais celle-ci est également planifiée et elle fait partie du plan de travail. En CHSLD, les principales mesures de contrôle utilisées sont : la ceinture abdominale (au fauteuil), la boucle anti-déclencheur, la ceinture pelvienne, les ridelles de lit; le fauteuil gériatrique, la demi-porte, les tablettes, la grenouillère et la sangle de positionnement. Pour l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF), seulement la ceinture abdominale fut utilisée.

### Formation

Une formation sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle est disponible sur la plateforme ENA. Un nombre de 119 employés en hébergement a reçu cette formation, majoritairement du personnel de soins infirmiers. À l'UTRF, les nouveaux employés ont été sensibilisés aux mesures de contrôle et ont reçu des documents explicatifs. Le cadre de référence est rendu disponible ainsi que le protocole.

### Principaux constats :

- Pour 2022-2023, 115 mesures de contrôle (contention et isolement) ont été utilisées dont 76,52% sont planifiées et 2 contentions étaient non planifiées (1,74%). Pour ce qui est des isolements, 20 étaient planifiés (17,39%) et cinq isolements n'étaient pas planifiés (4,35%). Pour ce qui est de l'UTRF, il n'y a eu qu'une seule situation de contention et celle-ci était planifiée.
- Pour 2022-2023 en CHSLD : Diminution de 30 % du nombre de mesures de contrôle utilisées, diminution de 22% du nombre de contentions utilisées, augmentation de 12% du nombre de contentions planifiées, diminution de 60% du nombre d'isolements utilisés, diminution de 43% du nombre d'isolements planifiés et augmentation du nombre d'isolements non planifiés. Il n'y a eu aucune utilisation de substance chimique comme mesure de contrôle.
- Respect de la politique, du protocole et de la procédure ;
- Rédaction d'une procédure en collaboration avec la direction des soins infirmiers ;

- Utilisation, par le personnel, des grilles de surveillance lors d'un recours aux mesures exceptionnelles de contrôle.

### **Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR) :**

La Direction de la déficience et de la réadaptation dessert une clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) et un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les mesures exceptionnelles de contrôle peuvent être appliquées dans les différents milieux fréquentés par la clientèle, qu'il s'agisse d'une installation régie par la direction ou hors installation. Le recours à une mesure peut survenir dans deux contextes : soit une intervention planifiée ou non planifiée. Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées par la direction sont : l'isolement, le maintien, les contentions mécaniques et chimiques.

#### Formation :

Depuis 2021, tout le nouveau personnel clinique participe obligatoirement à la formation en ligne Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle élaborée par le CISSS de Lanaudière et disponible sur la plateforme de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA). Cette formation fait partie de l'accueil et l'intégration des nouveaux employés. En plus de la formation en ligne, une présentation a été préparée par l'équipe CMEC pour présenter la Procédure sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle dans les milieux fréquentés par les usagers présentant une DI-DP-TSA, excluant l'URFI. Des rencontres en présence de l'équipe des mesures de contrôle ont également eu lieu dans deux ressources intermédiaires.

#### Principaux constats :

- Pour 2022-2023, 78 mesures ont été utilisées, dont 52 en contexte planifié et 24 en contexte non planifié. Pour ce qui est de l'URFI (Unité de réadaptation fonctionnelle intensive), il y a eu deux mesures planifiées. Il est important de mentionner que dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-DP-TSA, les mesures chimiques font l'objet d'une procédure de médication au besoin, donc l'application de cette procédure se fait nécessairement dans un contexte planifié. Cela fait sans aucun doute augmenter le nombre de mesures appliquées.
- En ce qui concerne les contentions chimiques, 41 procédures à jour ont été répertoriées en place dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-DP-TSA et aucune mesure chimique appliquées dans un contexte non planifié en URFI. Nous constatons une hausse à cet effet depuis l'an passé s'expliquant par le fait qu'il y a eu une stabilité de l'équipe soins infirmiers pour le volet RAC. L'ensemble des protocoles PRN ont été mis à jour et ont été répertoriés pour ce secteur. Par ailleurs, de nouvelles étapes aux protocoles PRN ont été ajoutées pour les milieux RAC, nécessitant maintenant une autorisation de l'infirmière avant l'administration de la médication PRN. Cette mesure nous a permis de constater une baisse considérable du nombre de PRN administrés.
- Plusieurs stratégies sont mises en place pour réfléchir, élaborer et actualiser des mesures de remplacement : Mise en place et révision de plan d'intervention et de plan d'action multimodale, discussion de cas en rencontre clinique pour obtenir du soutien entre les

pairs, suivis intensifs (monitoring) et actualisation des recommandations qui en découlent, bonification des programmations d'activités et exploration occupationnelle en vue de mieux répondre aux besoins des usagers.

**Direction jeunesse / Direction de la protection de la jeunesse (DJ/DPJ) :**

Les mesures de contrôle sont principalement utilisées auprès d'une clientèle âgée de 5 à 17 ans qui présente de graves troubles du comportement ou commettent des délits. Certains jeunes desservis dans le cadre de mise sous garde peuvent être âgés de 20 ans. La très grande majorité de la clientèle est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) dans le cadre de la LPJ (Loi sur la protection de la jeunesse) ou de la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents) et exceptionnellement la LSSSS. Il est à noter que certains de nos adolescents de 12 à 17 ans présentent des troubles sévères de comportement auxquels sont souvent associés des troubles concomitants. Ces adolescents vivent des problématiques qui entraînent des difficultés sévères d'adaptation dans plusieurs sphères de leur vie.

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

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

Pour ce qui est des enfants hébergés au service de réadaptation en dépendance jeunesse, des mesures exceptionnelles de contrôles pourraient survenir, mais elles sont peu observées dans ce milieu, car l'admission est volontaire. Ce service a dû fermer temporairement en novembre 2022. Pour ce qui est des enfants en ressources de type familial, les mesures de contrôle ne sont pas autorisées dans ces milieux. Pour les unités hospitalières jeunesse, les mesures de contrôle utilisées sont : l'isolement, la contention physique, la contention chimique, la contention mécanique (exclusive au transport dans un véhicule sécuritaire dans le cadre d'une mise sous garde fermée ou d'une détention selon la LSJPA).

**Formation :**

Des formations OMEGA ont été offertes en continu sous une forme adaptée aux mesures sanitaires pour les éducateurs et les agents d'intervention. Depuis l'automne 2022, les mesures sanitaires se sont

assouplies donc, plus d'employés ont pu être inscrits. Une dizaine de personnes ont été formées dans la dernière année. De plus, une vingtaine d'employés ont été formés à la sensibilisation au trauma donnée par Boscoville.

#### Principaux constats

- Comme pour les années précédentes, les mesures de contentions et d'isolement sont majoritairement en CRJDA. La proportion de jeunes ayant eu des mesures de contrôle demeure comparable à l'an passé, soit 36% des jeunes hébergés pour les mesures de contention et 27% pour les mesures d'isolement. Le nombre de mesures de contention a, pour sa part, augmenté significativement soit de 293 interventions.
- Aucune mesure de contrôle n'a été appliquée au service de réadaptation en dépendance jeunesse ;
- En pédiatrie, il y a eu cinq usagers qui ont fait l'objet d'une contention chimique et un usager a fait l'objet de deux mesures de contention physique ;
- En pédopsychiatrie, nous constatons qu'un seul jeune a fait l'objet de 11 des 12 mesures de contrôle. Sur un total de 69 enfants admis à l'unité, cinq mesures d'isolement ont été répertoriées pour cinq jeunes.
- En adopsychiatrie, les mêmes jeunes ont fait l'objet de plusieurs mesures de contrôle. Sur un total de 172 adolescents admis 25 mesures d'isolement ont été répertoriées dont 17 impliquant une contention chimique, et ce pour deux adolescents.

#### **Direction de la Santé mentale et dépendance (DSMD)**

La clientèle présente des troubles mentaux graves, bien souvent avec des troubles fonctionnels et relationnels importants. Les usagers peuvent être désorganisés dans leur pensée et peuvent également présenter des troubles de comportement. Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont : la contention physique, la contention chimique et l'isolement. En termes de mesures de prévention ou d'atténuation, voici quelques données sur les stratégies utilisées durant les 381 épisodes de mesures exceptionnelles de contrôle, des mesures alternatives ont été tentées 308 fois, soit dans une proportion de 80%. Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont : la contention physique, la contention chimique et l'isolement.

#### Principaux constats à la DSMD

- Les mesures de contrôle sont moins souvent planifiées (environ 1 fois/ 4 en 2021-2022) en raison des éléments d'impulsivité et de crise qui sont présents au sein de notre clientèle.
- Le personnel clinique utilise un outil de planification des interventions, soit le plan proactif, au processus de cheminement clinique sur les unités de soins. Ce plan est fait soit à l'admission ou au premier épisode de mesure de contrôle.
- Utilisation du plan de chambre sur certaines unités ; cette méthode non intrusive contribue à résorber la situation de crise ou de tension. Le plan de chambre est discuté avec l'utilisateur et le consentement est toujours recherché.

L'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle demande un suivi constant de la pratique et des paramètres d'utilisation de ces mesures. L'assistante au supérieur immédiat est la principale personne de référence, elle offre un soutien à la pratique et un coaching au personnel infirmier. La monitrice clinique s'assure d'une diffusion adéquate des informations auprès du personnel, principalement auprès des nouvelles infirmières et CEPI dans le cadre du processus d'accueil et d'intégration des nouveaux employés. Les interventions lors d'une situation de crise ou de code blanc sont parfois difficiles et nécessitent un soutien de la part de ces deux personnes-ressources. Selon nos méthodes d'intervention à partir de l'approche OMEGA, nous misons sur des pratiques axées sur la pacification. Ces capsules mettent l'accent sur les solutions alternatives à l'intervention physique d'un usager en crise.

#### **Direction des soins infirmiers (DSI) :**

Les mesures de contrôle ont été appliquées en grande partie sur les unités de soins intensifs, les unités hospitalières et aux urgences. Elles sont utilisées pour la clientèle à risque de chute avec conséquences, à risque d'agressivité ou de violence envers lui-même, pour éviter l'interférence aux traitements ou pour le risque d'errance ou de fugue. Un total de 413 contentions a été noté au registre (augmentation de 196 contentions avec l'an passé) : 337 contentions étaient non planifiées et 76 étaient planifiées. Dès qu'une contention est appliquée, elle est inscrite au PTI. Les mesures de contrôle qui ont été utilisées à la DSI sont : les attaches-poignets et attaches-chevilles, ceinture abdominale au fauteuil et au lit, ceinture pelvienne, ceinture en Y au fauteuil, chambre isolement, combinaison à 5 points, côtés de lits, demi-porte, table amovible au fauteuil et contention chimique.

#### Principaux constats

La procédure, la déclaration et l'évaluation d'une mesure de contrôle ont été adoptées en mars 2018 alors que le formulaire de surveillance de l'application d'une mesure de contrôle a été adopté en juin 2018. Le guide d'utilisation des mesures de contrôle a été adopté en avril 2019. Nous avons également un registre des mesures de contrôle qui a été mis à jour au 1<sup>er</sup> avril 2019. Les formulaires sont remplis, par contre la saisie au registre n'est pas toujours effectuée. Un rappel a été fait tout au long de l'année. Un algorithme de décision des mesures alternatives a été fait et rediffusé à l'ensemble du personnel en octobre 2021 et 2022.

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

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

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

En 2022-2023, 521 plaintes administratives et 211 interventions portées à l'attention de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ont mené à la formulation de 64 recommandations adressées soit à l'Établissement, à un organisme communautaire et à des résidences pour personnes âgées, soit 35 par la commissaire, 3 par le médecin examinateur, et 26 par le Protecteur du Citoyen. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de veiller à s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3).

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Accessibilité	Délais-soins/service/programmes/ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de contingence</li> </ul>
Aspect financier	Facturation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbre décisionnel pour les responsabilités de paiement à l'urgence finalisé</li> <li>• Formation des agents administratifs à l'accueil de l'urgence en cours.</li> </ul>
Droits particuliers	Participation de l'usager ou de son représentant/aux décisions affectant son état de santé et bien-être <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation sur le consentement aux soins et services auprès de 123 employés de la DPJ.</li> </ul> Droit linguistique/ Accès à une communication assistée / dans la langue parlée <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure révisée pour améliorer la fluidité et diminuer la confusion lors du départ d'un usager lors d'un congé et suite à un séjour en cardiologie.</li> </ul> Droit à l'information/ Sur l'état de santé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmation que les employés ont lu le code d'éthique.</li> <li>• Organiser une rencontre avec le personnel de l'unité afin de les sensibiliser et de leur rappeler l'importance de faire de l'enseignement à la clientèle au sujet des éclosions et des différentes mesures de prévention et de contrôle qui y sont reliées.</li> </ul> Droit à l'information/ sur les services et modes d'accès <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guides révisés.</li> </ul> Consentement/Refus/représentant non interpellé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusion de la procédure le 6 mars 2023 auprès des gestionnaires et employés des unités de soins et salles d'urgence des hôpitaux du CISSS de l'Outaouais.</li> </ul> Consentement/Refus/représentant non interpellé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité clinique en mai 2023.</li> </ul>
Maltraitance (Loi)	Par un dispensateur de service/maltraitance organisationnelle/ violence <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrivée d'une chargée de projet le 10 août dernier afin de soutenir la résidence dans la réalisation du plan d'action pour assurer la pérennité des correctifs apportés.</li> <li>• PAQ mis en place.</li> <li>• Former l'ensemble du personnel soignant assurant le seuil minimal au niveau de la Loi 90.</li> <li>• Avoir une couverture infirmière auxiliaire (jour et soir) à la résidence pour assurer les soins infirmiers (en respect de l'OIIAQ - RPA).</li> <li>• S'assurer que le personnel connaisse le (niveau de réanimation cardio-respiratoire des résidents) et le NIM.</li> </ul>

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir l'organisation du travail concernant les 4 bulles distinctes d'aide-soignants.</li> <li>• S'assurer que les grilles de suivi des soins sont signées en tout temps (assurer que les soins sont bien donnés).</li> </ul>
Organisation du milieu et ressources matérielles	<p>Équipement et matériel/ Désuétude</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un employé dédié aux fauteuils roulants à l'Hôpital de Hull et un pour l'Hôpital de Gatineau.</li> </ul> <p>Règles et procédures du milieu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la coordonnatrice des soins de compléter une grille de comportement dès l'admission d'un résident atteint d'un trouble cognitif ; Demander à la coordonnatrice de s'assurer de la qualité des soins en effectuant une grille d'audit de la qualité des services.</li> </ul> <p>Règles et procédures du milieu/ Respect des règles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Note de service transmise rappelant le processus en cas d'insatisfaction d'usagers ainsi que d'un formulaire de plainte le 23 février 2023.</li> <li>• Rappel transmis aux gestionnaires demandant de rendre disponible le cheminement d'insatisfaction et formulaire de plainte dans leurs secteurs et unités, le 3 mars 2023.</li> </ul>
Soins et services dispensés	<p>Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)/habiletés techniques et professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'une directive clinique</li> <li>• Audits réalisés. PTI en place à 50% en mai 2022</li> </ul> <p>Traitement/Intervention/services/ Approche thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un formulaire d'échanges intersites</li> <li>• Note de service le 22 juin 2022 de Rappel concernant le contact avec le référent lors de la prise en charge d'un nouveau dossier en DI-TSA jeunesse</li> </ul> <p>Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport soumis à la commissaire.</li> <li>• Note de service transmise le 18 décembre 2022</li> </ul> <p>Traitement, interventions, service/Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'action révisé en janvier 2023 démontrant la réalisation de certaines étapes en collaboration avec la DSI.</li> </ul> <p>Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capsule des nouvelles normes de l'OIIQ présenté au personnel infirmier des hôpitaux de Hull et Gatineau</li> </ul> <p>Traitement / intervention / services (action faite)/ Soins d'assistance A.V.Q., A.V.D. et civique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Note de service transmise le 12 avril 2023</li> </ul>

## Le Protecteur du citoyen

### Liste des recommandations adressées à l'établissement par le Protecteur du citoyen et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Au cours de la dernière année, le Protecteur du Citoyen a émis 26 recommandations à l'Établissement. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité, ont amené les mesures correctives suivantes.

Direction	Recommandations	Mesures mises en place	Réalisation
<b>39-DSI</b>	2022-010/2021-00990 Prendre les moyens nécessaires pour que le personnel soignant de l'Hôpital de Papineau informe l'utilisateur ou l'utilisatrice, lors de son congé, de ne pas hésiter à contacter le CLSC désigné lorsque des services à domicile sont attendus à brève échéance ; Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 28 octobre 2022, des moyens utilisés pour répondre à cet objectif.	Directive clinique émise	Réalisé
<b>40-DSI</b>	2022-011/2021-00990 Rappeler à l'ensemble de l'équipe soignante de l'unité du 4e étage de médecine de l'Hôpital de Papineau l'obligation d'obtenir l'autorisation d'une personne lors de l'utilisation et de la divulgation d'informations qu'elle a transmises, avant de les communiquer à l'utilisateur ou l'utilisatrice ;  Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 28 octobre 2022, que ce rappel a été effectué en lui indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.	Directive clinique a été rédigée ayant comme objet : Consentement à l'utilisation des informations obtenues par un tiers. Cette directive rappelle la Procédure sur la confidentialité et l'accès aux documents – Volet dossier de l'utilisateur (PRO-073)	Réalisé
<b>41-DSMC</b>	2022-012/2021-00990 Rappeler à l'ensemble du personnel du service social de l'Hôpital de Papineau l'importance de consigner au dossier hospitalier toutes les interventions réalisées auprès des usagers et des utilisatrices, même lorsqu'une travailleuse sociale du CLSC est impliquée dans le suivi ; Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre ces objectifs d'ici le 28 octobre 2022.	L'équipe de travailleurs sociaux a été rencontrée au sujet de la tenue de dossiers conformément à leur Ordre professionnel	Réalisé
<b>42-DSI</b>	2022-019/2022-00003 Modifier le protocole « G-5 : Saignement post-ménopause pour les usagers de la clinique AOC » afin : De préciser que les délais	Modification du protocole en insérant la notion	Réalisé

	<p>mentionnés s'appliquent à la suite de l'évaluation du personnel infirmier et que ce dernier dispose d'un délai maximal de 14 jours pour ce faire ;</p> <p>D'inclure la notion de « jours ouvrables » pour tous les délais mentionnés.</p> <p>Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 20 décembre 2022, une copie du protocole GY25 : Saignement post-ménopause pour les usagers de la clinique AOC ainsi modifié.</p>	de jours ouvrables pour tous les délais	
<b>43-DSI avec la collaboration de la DSPPC</b>	<p>2022-020/2022-00003 Informer les professionnels demandeurs que les délais de prise en charge du service d'accueil et d'orientation clinique sont calculés en jours ouvrables et s'appliquent à la suite de l'évaluation du personnel infirmier.</p> <p>Confirmer au Protecteur du citoyen d'ici le 31 janvier 2023 que cette information a été transmise et du moyen qui a été pris pour ce faire.</p>	Diffusion à l'ensemble de ses membres médicaux et administratifs demandeurs d'information quant aux délais de prise en charge. La diffusion s'est faite à travers le groupe courriel qui contient l'entièreté des adhérents, via le bulletin AOC.	Réalisé
<b>44-DPJ-1</b>	<p>2022-024/2021-01850 Informer les personnes autorisées à l'É/O, que dans le cadre des ententes multisectorielles, elles doivent faire une demande de priorisation au SPVG lorsqu'un des parents s'est vu retirer la garde de son enfant et qu'il ne peut contacter/visiter son enfant que sous supervision ; Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, que cet objectif a été réalisé et lui indiquer le moyen pris pour y parvenir.</p>	Recommandation annulée, mais une note de service fut envoyée pour demander de prioriser les dossiers dont les enfants ont dû être confiés en famille d'accueil	Réalisé
<b>45-DPJ-2</b>	<p>2022-025/2021-01850 Fournir aux personnes autorisées à l'É/O, dont celle concernée dans ce dossier, une formation sur la nouvelle version de l'Entente multisectorielle 7;</p> <p>Confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé, en lui transmettant le document à l'appui de la formation, ainsi qu'une liste des personnes ayant suivi cette formation, d'ici le 5 juillet 2023.</p>	Vise seulement l'employée concernée	En cours
<b>46-DPJ-3</b>	<p>2022-026/2021-01850 Interpeller le SPVG pour convenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des modalités de communication/concertation avec la DPJ dans le cadre de l'Entente multisectorielle ;</li> <li>• De la priorisation de certains dossiers, lorsque demandés par la personne autorisée à l'É/O ;</li> </ul> <p>Informé le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif et du résultat de ces mesures, d'ici le 1er mars 2023</p>	note de service faite pour les gestionnaires et personnes autorisées pour prioriser les enfants qui ont dû être placés en	Réalisé

		famille d'accueil et demande une plus grande concertation avec le SPVG	
<b>47-DPJ-4</b>	2022-027/2021-01850 Afin de se conformer à la loi4, rappeler aux personnes autorisées que les rapports psychosociaux doivent être produits et remis aux parties dix jours avant la date d'audience ; Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici au 1er mars 2023, que le rappel a été effectué.	Rappel fait par note de service le 7 février 2023	Réalisé
<b>48-DPJ-5</b>	2022-028/2021-01850 Conformément aux bonnes pratiques en vigueur, lors du retrait d'un enfant de son milieu familial, rappeler aux personnes autorisées à l'É/O de toujours se faire objectiver dans ses décisions, avant de planifier son hébergement; Confirmer au Protecteur du citoyen que ce rappel a bien été effectué, d'ici le 5 juillet 2023.		En cours
<b>49-DPJ-6</b>	2022-029/2021-01850 Analyser la possibilité d'inclure les services d'un éducateur à l'étape de l'É/O, afin d'aider la démarche du ou des parents pour améliorer leurs méthodes éducatives et ainsi, pallier les longs délais avant une audience « sur le fond » ; Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, du résultat de cette analyse en lui transmettant une copie de ce document.	Projet de 2022 reconduit en 2023. Copie du projet dans les documents : TES en aide au TS dès l'É/O pour aider les familles tôt dans le processus.	Réalisé
<b>50-DPJ-7</b>	2022-030/2021-01850 S'assurer par des audits de dossiers que la personne autorisée à l'É/O concernée, réalise les bonnes pratiques concernant l'évaluation/orientation dans ses dossiers en ce qui a trait à l'aide, conseil et assistance ; Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, du résultat de cet audit et, s'il y a lieu, des mesures qui sont prises pour se conformer à la loi.		En cours
<b>51-DPJ-8</b>	2022-031/2021-01850 S'assurer que la chef de service à l'É/O concernée, analyse sa stratégie de supervision des personnes autorisées à sa charge, en tire des constats et, s'il y a lieu, mette en place une stratégie différente pour superviser ou déléguer cette supervision, afin de maintenir un encadrement suffisant, autant pour les nouvelles recrues que pour les personnes autorisées avec expérience ; Transmettre une copie de cette analyse au Protecteur du citoyen et l'informer des mesures mises en place afin d'atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.		En cours
<b>52-DPJ-9</b>	2022-032/2021-01850 S'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée connaisse bien les critères du passage de l'étape de l'évaluation à celle de l'orientation des dossiers DPJ ; Indiquer au Protecteur du citoyen les mesures prises afin		En cours

	d'atteindre cet objectif, d'ici le 5 juillet 2023.		
<b>53-DPJ-10</b>	2022-033/2021-01850 Établir une procédure de communication claire, efficace et connue de tous entre les personnes autorisées et le service d'évaluation des PFAP, pour une meilleure fluidité de l'information entre les services ; Informé le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Note de service datée du 2 novembre 2022 : Trajectoire de communication aux partenaires RTF-FAP-PFAP	Réalisé
<b>54-DPJ-11</b>	2022-034/2021-01850 En prévision des visites supervisées, rappeler aux personnes autorisées de bien expliquer le contrat d'engagement, le faire signer au parent qui doit être supervisé et le déposer au dossier, et cela, autant à l'évaluation, à l'orientation qu'à l'application des mesures ; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Échéancier reporté à la demande de la DPJ	En cours
<b>55-DPJ-12</b>	2022-035/2021-01850 Rappeler aux personnes autorisées que lorsqu'une ordonnance dicte que l'entente pour les visites supervisées doit s'effectuer entre elles et un parent, l'autre parent doit s'y conformer ou en saisir le tribunal en cas de désaccord; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Vise seulement l'employée concernée	En cours
<b>56-DPJ-13</b>	2022-036/2021-01850 Informer la personne autorisée à l'É/O concernée qu'afin de ne pas placer un jeune enfant en conflit de loyauté pour les visites entre ses parents, un calendrier de visites devrait être produit et approuvé par les parties ; Informé le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.		En cours
<b>57-DPJ-14</b>	2022-037/2021-01850 Informer les personnes autorisées que conformément au guide, elles doivent procéder à la révision des critères pour le maintien ou non des visites supervisées, en respectant un délai minimal de trois mois; Le CISSS doit, d'ici au 1er mars 2023, informer le PDC des mesures prises pour atteindre cet objectif.	Échéancier reporté à la demande de la DPJ	En cours
<b>58-DPJ-15</b>	2022-038/2021-01850 Prendre les mesures nécessaires afin que la personne autorisée à l'É/O concernée respecte son Code de déontologie <sup>7</sup> ; Informé le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, concernant les différentes démarches effectuées (Audits, formations, etc.).		En cours
<b>59-DPJ-16</b>	2022-039/2021-01850 Lorsqu'un enfant réside ailleurs que dans son milieu familial, s'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée tienne régulièrement informée les parents de son évolution, soit lors de rencontres, de conversations téléphoniques ou, au besoin, par des textos ou des courriels et, enfin, inscrire ce suivi au dossier du ou des enfants ; Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, que la recommandation a été réalisée, en lui indiquant les mesures (formations, audits, etc.) prises pour y parvenir.		En cours
<b>60-DPJ-17</b>	2022-040/2021-01850 Rappeler aux familles d'accueil de la DPJ de respecter leurs limites quant aux décisions et	Directive qui rappelle dans	Réalisé

	consentements d'ordre médical, scolaire et social des enfants qu'elles hébergent. Elles doivent toujours obtenir l'autorisation de la personne autorisée de la DPJ qui, au préalable, en aura discuté avec le ou les parents, à moins d'une ordonnance contraire ; Le CISSS doit, d'ici le 1er mars 2023, confirmer au Protecteur du citoyen que ce rappel a été réalisé en indiquant le moyen utilisé pour y parvenir.	quels cas les parents doivent être interpellés. Très complète	
<b>61-DPJ-18</b>	2022-041/2021-01850 Rappeler à la personne autorisée à l'É/O concernée que lors du transport des enfants de la DPJ, elle doit toujours suivre le Code de la sécurité routière quant à l'installation de bancs adaptés aux enfants qu'ils doivent conduire, il en va de la sécurité de ces enfants ; Informez le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.		En cours
<b>62-DPJ-19</b>	2022-042/2021-01850 Procéder à l'audit des suivis d'activités de l'évaluation et de l'orientation de ce dossier afin d'identifier les manquements et déterminer quelle formation pourra soutenir la personne autorisée à l'É/O concernée, afin qu'elle se conforme aux normes de pratique en vigueur concernant les notes au dossier d'un usager et lui offrir cette formation ; Transmettre au Protecteur du citoyen une copie des résultats de cet audit et l'informer de la formation offerte, d'ici le 5 juillet 2023.		En cours
<b>63-DPJ-20</b>	2022-043/2021-01850 Que la personne autorisée à l'AM, nouvellement mandatée, procède à une analyse exhaustive du dossier et produise un rapport avec recommandations appropriées, pour l'audience prévue le 21 février 2023 ; Transmettre une copie de ce rapport au Protecteur du citoyen d'ici au 10 février 2023.	Réception des rapports de révision (un pour chaque enfant) datés du 30 janvier 2023, pour le Tribunal de la jeunesse du 21 février 2023.	Réalisé
<b>64-DQEPE et RPA Village Riviera</b>	2022-056/2022-00614 & 2021-01335 Poursuivre la collaboration à la mise en place de mesures correctrices à l'égard de lacunes soulevées par tout observateur et par les recommandations de la commissaire aux plaintes et la qualité des services du CISSSO, et ce, afin d'offrir un milieu sécuritaire et des services appropriés à l'ensemble des résidents. Informez le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 mars 2023.	Échéancier repoussé au 15 mai 2023	En cours

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><b>1. Rapport : 2020-06107</b></p> <p><i>« De revoir la prise en charge de X par l'équipe d'intervention UNIC le 15 septembre 2020 au poste de police de la Ville de Gatineau selon leur mandat respectif et d'y apporter les mesures correctrices appropriées et nécessaires s'il y a lieu. »</i></p> <p><i>« D'ajouter au Protocole d'intervention utilisé par les intervenants de l'équipe UNIC, l'obligation de consulter avec un professionnel de garde habilité à évaluer la présence d'un trouble mental pour aiguiller leurs interventions en l'absence d'un diagnostic, mais avec présence de troubles comportementaux inquiétants qui perdurent sans que ceux-ci puissent être attribuables à une influence externe par exemple l'ingestion d'une substance. »</i></p>	<p>Une analyse de l'événement a été effectuée et les actions suivantes ont été et seront mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation supplémentaire d'une semaine pratique accompagnée par un spécialiste en activités cliniques (SAC) ou intervenant (un pour un) pour s'assurer de l'application des bonnes pratiques pour tous les nouveaux intervenants ;</li> <li>• Bonification de la grille d'analyse psychosociale révisée pour s'assurer de mettre tous les éléments essentiels et pertinents selon les formations reçues ;</li> <li>• Rappels des bonnes pratiques en intervention psychosociale, la prévention du suicide, homicide, violence conjugale lors des réunions d'équipe, des rencontres individuelles avec le SAC ainsi que lors des audits ;</li> <li>• Mise en place d'un groupe de discussion et de développement clinique en lien avec LPP (loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou autrui) aux deux (2) mois sous la responsabilité du SAC ;</li> <li>• Identification d'un spécialiste en activité clinique dédiée exclusivement à l'équipe UNIC ;</li> <li>• Mise en place de supervision individuelle de tous les intervenants de la centrale à partir de septembre 2022;</li> <li>• Grille d'analyse révisée pour s'assurer de mettre tous les éléments essentiels et pertinents selon les formations reçues. Cette dernière n'inclut pas les éléments spécifiques puisqu'elle est très globale. Une mise à jour de la fiche et une formation de 2 h viennent d'être données à tous les intervenants pour toute la centrale ;</li> <li>• Le rapport d'estimation de la dangerosité qui a été intégré dans nos pratiques en début 2020 pour toute la centrale ;</li> <li>• Depuis septembre 2020, mise en place à la disposition des intervenants de l'équipe UNIC des rencontres mensuelles visant l'amélioration des pratiques est à la disposition des intervenants de l'équipe UNIC ;</li> <li>• Depuis janvier 2021, lecture des fiches de l'équipe UNIC par le SAC visant une amélioration continue.</li> </ul> <p><u>Spécifique à la recommandation 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision du formulaire pour ajouter les 5 aspects de la Nouvelle-Écosse pour évaluer la capacité au consentement (travail avec un agent de planification</li> </ul>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
	<p>de programme et de recherche du soutien à la pratique ainsi que le volet médical (psychiatre) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'expertise du volet médical (psychiatre) sera mise à contribution dans la révision des outils utilisés et ils seront convoqués à raison de deux fois par année pour offrir de la formation au personnel du 811 ainsi que les accompagner dans l'analyse détaillée de certaines interventions réalisées.</li> </ul>
<p><b>2. Rapport : 2021-01388</b></p> <p><i>«De réviser le dossier de X en lien avec l'application de la procédure PRO-073 et d'y apporter des modifications le cas échéant.»</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dossier a été analysé par la DSMD en février 2022 incluant des mesures d'amélioration touchant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La consultation des systèmes clients et la vérification des conduites spécifiques pour l'utilisateur Grand utilisateur de services 2 ;</li> <li>○ L'application de la procédure organisationnelle sur le suivi étroit et la mise en œuvre du chantier « Suivi étroit » découlant du plan organisationnel piloté par la DSMC ;</li> <li>○ L'évaluation de dossiers d'utilisateurs « Grands utilisateurs de services » afin de vérifier l'application des procédures associées au suivi étroit.</li> </ul> </li> <li>• De plus, le chef de département de psychiatrie a sollicité le comité d'évaluation de la qualité de l'acte afin de bénéficier d'une analyse plus approfondie du dossier ;</li> <li>• Un groupe de travail coordonné par la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD) a été amorcé en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté afin de mettre en commun des informations, l'analyse des règles de fonctionnement reliées à la procédure PRO-073 et les recommandations d'amélioration continue visant à améliorer les pratiques de confidentialité et d'accès au dossier de l'utilisateur.</li> </ul>
<p><b>3. Rapport : 2021-02894</b></p> <p><i>«Que ce dossier soit révisé» ;</i></p> <p><i>«Que des vérifications ponctuelles soient effectuées pour évaluer si les réévaluations systématiques de malades en attente de prise en charge médicale sont effectuées dans les temps recommandés par les ordres</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration du respect des délais de réévaluation selon l'ETG chez la clientèle couchée sur civière a été intégré au programme de formation initiale à l'urgence depuis mai 2022 et des audits de conformités seront effectués cet automne. Ainsi, une rencontre en cogestion médicale entre l'ASI et le médecin sur le quart de nuit a été ajoutée afin d'établir un plan clinique provisoire pour la clientèle en attente de prise en charge ;</li> <li>• Révision du dossier avec l'équipe ;</li> </ul>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><i>professionnels » ;</i></p> <p><i>«De continuer d'améliorer les délais de prise en charge médicale à l'urgence pour tendre vers les temps recommandés par les ordres professionnels.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dossier a également été soumis au comité de l'évaluation de l'acte médical central qui l'a fait suivre au comité d'évaluation de l'acte de l'urgence. Tous les dossiers de décès à l'urgence sont révisés par ce comité, celui-ci a été révisé à la séance du 27 septembre 2022.</li> </ul>
<p><b>4. Rapport : 2021-02289</b></p> <p><i>«Tenter de placer les patients sous ventilation BIPAP, le plus près possible du poste infirmier pour accroître la surveillance et réduire les délais d'intervention » ;</i></p> <p><i>«Mettre en place des moyens pour assurer une identification sans délai des diverses alarmes et une intervention rapide, particulièrement aux heures de pause et/ou de repas » ;</i></p> <p><i>«Ajuster le niveau de surveillance selon la condition de chaque patient et considérer une surveillance particulière selon celle-ci.»</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse par une conseillère-cadre à la DSI ;</li> <li>L'attribution d'un lit d'un usager sous ventilation non invasive telle que le BiPAP est analysée en partenariat avec l'équipe clinique et la gestion de lits. Selon l'état clinique exposé par le ou les professionnels impliqués, l'usager est dirigé dans l'environnement le plus propice ayant la capacité de surveillance requise par sa condition. Selon l'évaluation de la précarité clinique effectuée par l'infirmière ou le médecin traitant, un rehaussement du niveau de surveillance est possible à tout moment et l'ajout de personnel est évalué selon la capacité de l'équipe en place à assurer le type de surveillance requise.</li> </ul>
<p><b>5. Rapport : 2021-07010</b></p> <p><i>« Développer un nouvel outil de repérage du risque de chute dès l'admission » ;</i></p> <p><i>« Associer les facteurs de risques à des interventions pertinentes prédéterminées grâce à l'aide d'outils cliniques et en élaborant un plan de soins standardisé » ;</i></p> <p><i>« Rendre disponible la liste du matériel existant pour aider à prévenir les chutes et les blessures, le guide d'utilisation et les modalités » ;</i></p> <p><i>« Établir un mécanisme de vigilance afin que l'assistante au supérieur immédiat (ASI) s'assure qu'une révision de dossier soit effectuée afin de déterminer si l'évaluation du risque de chute et la planification des soins ont été</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <p><b>Recommandations 1 et 2 :</b> Elles sont adressées dans le projet <i>« Gestion de risque et démarche infirmière : retrouver le sens »</i>. Il vise à faciliter la mise en place d'une organisation des soins infirmiers qui favorise l'autonomie et la pleine étendue du champ d'exercices des infirmières en facilitant : Le repérage des usagers à risque dès l'admission, l'évaluation des facteurs de risque inhérent à la condition de l'usager, la mise en place d'interventions préventives et la communication de celles-ci, la réévaluation du plan en présence d'un événement, réduire les délais de durée moyenne de séjour (DMS)(reliés à une augmentation induite par des événements indésirables et intégrer les compétences liées à la sécurité des patients (Institut canadien pour la sécurité des patients. (2020) * Notamment, par l'engagement des patients et les proches dans les soins et l'optimisation des facteurs humains et environnementaux pour favoriser l'obtention des meilleures performances humaines. L'échéancier du projet <i>« Gestion de risque et démarche infirmière : retrouver le sens »</i> est prévu pour décembre 2023 ;</p>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><i>correctement effectuées » ;</i></p> <p><i>« Modifier le protocole infirmier : Gestion de la chute en milieu institutionnel, de façon à instaurer pour les milieux de soins aigus, la surveillance de l'état neurologique chez l'usager âgé anticoagulé, et la discussion avec le médecin pour la possibilité de renverser l'anticoagulothérapie même en l'absence d'impact crânien » ;</i></p> <p><i>« Réviser le document de transfert d'information : « CSSSG information lors du transfert d'un usager interunité de soins », de façon à ce qu'il y ait ajout d'une section reliée au risque de chute. »</i></p>	<p><b>Recommandation 3 :</b> Une demande de collaboration au soutien à la pratique de la DSMC a été faite, les travaux sont en cours ;</p> <p><b>Recommandation 4 et 5 :</b> Le protocole infirmier a été révisé et l'outil de surveillance post-chute a été refait, de façon à obliger la révision du plan d'intervention lors d'une chute et aussi obliger le personnel soignant à discuter avec le médecin de la potentielle réversion de l'anticoagulothérapie lors d'une chute chez un usager anticoagulé et ce, même lors d'une chute jugée sans impact crânien direct. Dans un souci de pertinence et d'adéquation du contenu lors de la formation et aussi pour faciliter la gestion des absences dues aux formations, le nouvel outil de surveillance post-chute et les modifications au protocole infirmier seront enseignés au même moment que le contenu du projet <i>gestion de risque et démarche infirmière : retrouver le sens</i> (Échéancier décembre 2023);</p> <p><b>Recommandation 6 :</b> tous les documents de transfert d'information vont faire l'objet d'une révision avec le <i>Comité de transmission d'informations aux points de transition</i> chapeauté par la DQEPE. Le mandat du comité est en cours d'élaboration par la DQEPE (Échéancier mars 2023).</p>
<p><b>6. Rapport : 2021-06707</b></p> <p><i>« Qu'un rappel soit fait à l'ensemble du personnel non médical afin de ne jamais conseiller à un patient de rester ou de quitter l'hôpital ni de donner un délai avant que le patient ne rencontre un professionnel. »</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <p>Suite à cette recommandation, un suivi a été effectué auprès de l'équipe concernée par l'événement. Le CISSS de l'Outaouais possède un code d'éthique, révisé le 13 décembre 2018, en conformité avec l'article 233 de la <i>Loi sur les services de santé et services sociaux</i> qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.</p>
<p><b>7. Rapport : 2020-06672</b></p> <p><i>« De veiller à ce que leurs départements d'obstétrique et de néonatalogie acheminent au congé, une référence formelle spécifiant toutes les informations pertinentes s'avérant nécessaires au suivi d'un bébé par un secteur du soutien à domicile » ;</i></p> <p><i>« Qu'en l'absence de professionnel détenant une expertise spécifique en suivi d'une pathologie plus complexe chez un</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis l'événement, le CISSS de l'Outaouais a mis en place une rencontre de transfert personnalisée lors du départ d'un bébé nécessitant des soins à domicile. Les enseignements nécessaires sont transmis afin d'assurer la continuité des soins et services auprès de l'enfant et de sa famille. De plus, tout au long du séjour les parents sont également impliqués dans les soins afin qu'ils puissent recevoir les enseignements et les outils nécessaires en prévision du retour à domicile. Avant le départ de l'usager et sa famille, une liste de vérification est complétée par l'équipe de la néonatalogie ;</li> <li>• Deux inhalothérapeutes ont reçu une formation au CHU de Ste-Justine et ont effectué le transfert de</li> </ul>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><i>bébé à domicile, un plan de service individualisé soit dressé préalablement au congé de chaque enfant nécessitant des soins particuliers, ceci permettant d'identifier les professionnels qui participeront au suivi à domicile et de les former en rapport avec les besoins du bébé (ce plan pourrait être revu avec les familles et une discussion pourrait avoir lieu sous forme de rencontre entre les pédiatres et les intervenants à domicile concernés) »;</i></p> <p><i>« De cibler le secteur responsable d'effectuer le suivi à domicile de tels bébés (périnatalité communautaire, soutien à domicile) »;</i></p> <p><i>« D'identifier les besoins en formation et d'assurer la formation auprès de professionnels impliqués dans le suivi pédiatrique complexe à domicile, au plan médical, malgré le volume peu élevé de dossiers cliniques. »</i></p>	<p>connaissances à l'ensemble de l'équipe le 5 octobre dernier. De plus, elles ont reçu, le 21 septembre 2022, une formation de la compagnie Masimo sur les quatre modèles de saturomètres utilisés avec la clientèle pédiatrique ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De plus, une formation en cardioreanimation est maintenant offerte aux parents.</li> </ul>
<p><b>8. Rapport : 2020-00863</b></p> <p><i>« De se pencher sur un protocole clair concernant la transmission des échantillons sanguins la nuit en partance de l'Hôpital Mémorial de Wakefield vers l'hôpital de Hull. »</i></p> <p><i>« Étudie la possibilité d'ajouter un technicien de laboratoire la nuit à l'hôpital Mémorial de Wakefield afin de maximiser l'épisode de soins prodigués à la population qui choisit de visiter l'urgence. »</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <p>Le protocole de transmission des échantillons a été révisé en date du 3 octobre 2022 par l'équipe de qualité du laboratoire. Il a également été diffusé auprès des équipes et auprès du service du transport afin qu'ils puissent en prendre connaissance ;</p> <p>Le responsable du laboratoire s'assure d'une couverture optimale des services en fonction des ressources disponibles. Actuellement, le volume de prélèvements réalisés durant le quart de nuit est peu élevé et ne justifie pas l'ajout de personnel la nuit. En effet, entre 00:00 et 6:00, une moyenne de seulement 0.8 prélèvement est fait à l'urgence de l'hôpital de Wakefield.</p>
<p><b>9. Rapport : 2022-00531</b></p> <p><i>« De réviser le dossier de monsieur X afin que des conclusions et des recommandations spécifiques à leur milieu puissent être identifiées, formulées et mises en place. »</i></p>	<p><b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b></p> <p>Le service de l'urbain du département de médecine générale a constitué un comité d'évaluation de l'acte médical pour ce dossier et les recommandations ont été transmises aux membres du département ainsi qu'à la direction des services professionnels.</p>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<b>10. Rapport : 2022-02305</b>  <i>« De revoir le dossier de prise en charge de X afin de déterminer si le congé accordé le 16 mars était prématuré. »</i>	<b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b>  Le service de psychiatrie a effectué une analyse d'évaluation de l'acte et les recommandations ont été diffusées aux équipes concernées.
<b>11. Rapport : 2022-02477</b>  <i>« De réviser ce dossier afin d'évaluer la pertinence d'une investigation en cardiologie lors de l'hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 5 avril 2022. »</i>	<b>Actions entreprises par le CISSS de l'Outaouais :</b>  Le service de médecine générale des unités hospitalières urbaines a effectué une évaluation de l'acte et les recommandations ont été diffusées aux équipes concernées.
<b>12. Enquête publique</b>	Des représentations ont eu lieu dans ce dossier. Nous sommes en attente du suivi de cette enquête.

## Les autres instances

### Les médecins examinateurs

#### **Aperçu des thématiques abordées par les recommandations des médecins examinateurs et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations**

En 2022-2023, de l'analyse et du traitement des 131 dossiers de plaintes portés à l'attention des médecins examinateurs, 3 dossiers, ont mené à la formulation de recommandations adressées à l'Établissement, qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services.

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Accessibilité	Accessibilité / Délais /services d'urgence/services médicaux <ul style="list-style-type: none"> <li>Diffusion d'un tableau des critères servant à déterminer quand un médecin de garde à l'urgence doit être éveillé pour évaluer un patient lorsqu'il se repose la nuit</li> </ul>
Droits particuliers	Relations interpersonnelles / Respect / Manque à l'égard de la vie privée <ul style="list-style-type: none"> <li>Local dédié pour assurer la confidentialité</li> </ul>

### Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

Le CUCI a transmis quatre recommandations à l'établissement le 31 mars 2022 :

1. Que le CISSS de l'Outaouais déploie un moyen de communication pour informer la population de la mise en place de nouvelles lois et politiques régionales en matière de santé et de services sociaux ;

2. Que le CISSS de l'Outaouais uniformise la transmission d'informations auprès des usagers ex : l'information diffusée sur les circuits fermés n'est ni analogue ni accessible dans tous les territoires du CISSS de l'Outaouais ;
3. Que le CISSS de l'Outaouais poursuive sa mise à niveau de son site Internet pour le rendre plus convivial pour les usagers, ex : l'accès à l'information aux usagers doit apparaître sur la page d'accueil du site Internet du CISSS de l'Outaouais avec une pastille dédiée aux comités des usagers et de résidents ;
4. Que le CISSS de l'Outaouais soit sensibilisé et donne suite aux recommandations de plusieurs sondages, sur l'alimentation, auprès de la clientèle hébergée ex : fruits frais, fruits et légumes de saison, etc.

En cours de réalisation pour 2023-2024.

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

Le CISSS de l'Outaouais détient des installations pouvant accueillir les personnes mises sous garde en vertu de l'article 6 ou 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001). Le tableau suivant présente les principaux cas de mises sous garde sur le territoire de l'Outaouais (1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023) :

	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	724	<b>724</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	<b>147</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	119	<b>119</b>
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	Sans objet	<b>391</b>
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécuté (incluant renouvellement d'une garde autorisée)	346	<b>346</b>

*Veillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et centre de réadaptation (CR) en 2022-2023 dans notre établissement.*

## 5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

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

## 5.5 L'information et la consultation de la population

Le CISSS de l'Outaouais est un organisme public qui a le devoir d'informer la population et les médias sur le réseau de la santé et de services sociaux en Outaouais. Bien que l'année 2022-2023 voit la fin de la pandémie de la Covid-19, les défis sont nombreux en Outaouais et il demeure primordial de bien informer la population, surtout en ce qui a trait aux impacts de pénurie de main d'œuvre.

Alors que nous apprenons tous à vivre avec la Covid-19, bien qu'encore très actif, la fréquence de nos communications revienne à la normale. Notre site Internet a connu une baisse significative de visiteurs qui s'explique par des baisses marquées aux pages *Covid-19* et *vaccination Covid-19*. Toutefois, tous nos comptes de médias sociaux ont connu des gains d'abonnés et de pages vues, ce qui démontre la popularité des informations qui s'y retrouvent et l'intérêt de la population pour ce qui y est diffusé.

### Quelques chiffres...

- 30 communiqués de presse
- 910 demandes médias
- 11 points de presse
- 3 835 006 pages vues sur le site Web
- 21 137 abonnés Facebook
- 88 capsules vidéo
- 98 bulletins (Info organismes communautaires aînés, Info Famille, Info RI-RTF-RPA, bulletin vaccination)

Les membres du conseil d'administration ont maintenu un contact étroit avec les citoyens de l'ensemble du territoire. Les dix séances régulières et les trois séances spéciales en 2022-2023 ont toutes été présentées en visioconférence, permettant aux citoyens de tous les secteurs de participer à distance et de s'adresser à cette instance via la période de questions. De plus, le 15 décembre 2022, le conseil d'administration a tenu sa séance d'information publique annuelle, dans laquelle il a présenté les principales réalisations de la dernière année, de même que les nouvelles orientations et les principaux enjeux.

**La communication sous toutes ses formes...**

Au CISSS de l'Outaouais, communiquer est aussi une façon de s'améliorer. Ainsi, l'intégration de patients partenaires à des comités de travail et de recherche est un excellent moyen pour consulter les usagers. Pour sa part, le site Web est utilisé pour les communications plus formelles, tels le service de l'accès à l'information (RLRQ, c.A-2.1, règlement 2) et les informations relatives au bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Des efforts importants ont aussi été investis dans un plan de gestion de proximité pour mieux desservir les territoires périphériques de l'Outaouais, notamment par la création de postes de directeurs et directrices des réseaux locaux de services (RLS) et par la mise en place de comités représentatifs pour chacun des RLS.

L'équipe du programme d'aide aux organismes communautaires transmet aussi aux organismes communautaires, les communiqués de presse, les ordres du jour du conseil d'administration, et deux fois par année, le registre des organismes communautaires. En plus de publier des informations sur les organismes communautaires sur le site Web : <https://ciiss-outaouais.gouv.qc.ca/professionnels-medecins-et-partenaires/communautaire>, le CISSS de l'Outaouais joue un rôle central dans la communauté en entretenant des liens avec les divers acteurs de la région, dont les élus (fédéraux, provinciaux et municipaux), les comités d'usagers et de résidents, les fondations santé du territoire et les nombreux organismes et regroupements de citoyens.

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

---

L'année 2022-2023 a donné le coup d'envoi pour le déploiement de nouvelles procédures et trajectoires en ce qui concerne le programme de soins palliatifs et de fin de vie. Les différentes mesures mises en place et l'élaboration de certaines structures découlant des travaux impliquant plusieurs directions, gestionnaires et professionnels ont permis que l'offre de service s'améliore dans tous ses aspects : accessibilité, sécurité et qualité.

Parmi les travaux de la dernière année, il faut souligner l'ouverture officielle et le déploiement graduel du guichet de soins de fin de vie ; un travail en continu afin d'améliorer les processus au sein du guichet se fait. S'attachent au guichet l'élaboration et la mise en place de plusieurs outils administratifs de surveillance et de collaboration afin de centraliser et de mieux coordonner les demandes d'AMM et d'accroître la fluidité du cheminement des demandes d'AMM pour toute la région de l'Outaouais. Soulignons également la reprise du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS), organe essentiel de soutien et de rayonnement pour les professionnels qui œuvrent en AMM.

Les procédures de gouvernance de l'AMM ont été révisées et des outils d'informations tels que des dépliants et des capsules informatives ont été développés, par le GIS, pour les professionnels de la santé et la population de l'Outaouais. Nous avons poursuivi nos efforts de formation de tous les acteurs qui gravitent autour de l'utilisateur en soins palliatifs et fin de vie. En vue de consolider les activités reliées à l'accompagnement pour les médecins qui souhaitent pratiquer l'AMM, nous visons de formaliser le mentorat et d'en faire un programme structuré. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'AMM dans la région, il devient nécessaire de former un bassin de médecins plus vaste afin de répondre en temps opportun à toutes les demandes reçues. C'est notre volonté de créer localement une communauté de pratique qui permette de créer des liens entre les médecins et intervenants qui s'initient à cette pratique et médecins prestataires dont l'expérience pourra servir à la relève.

En cours d'année, il y a eu rapprochement entre les équipes des maisons de soins palliatifs (MSP) et du CISSS de l'Outaouais. Les médecins affectés en MSP seront désormais membres du département de médecine générale, ce qui favorisera l'uniformisation de l'évaluation de l'acte médical. Les travaux pour développer une maison de soins palliatifs pour la clientèle pédiatrique ont été entrepris et sont dans une étape avancée d'exécution. La Maison Papillon pourra assumer la majorité des besoins de la clientèle pédiatrique de l'Outaouais, auparavant répondu par les établissements de Montréal et d'Ottawa. Enfin, des rapprochements avec les équipes du don d'organe sont également en cours afin de favoriser le don d'organe en contexte d'AMM.

Le tableau illustre le volume de patients qui ont reçu différents services en matière de soins palliatifs et de fin de vie. Le nombre d'AMM continu d'augmenter : de 104 AMM administrées en 2021-2022, est passé à 178 en 2022-2023. L'assouplissement des règles d'admissibilité ainsi qu'une acceptabilité sociale croissante, en outre en raison d'une couverture médiatique étendue, expliquent en partie cette augmentation. Le vieillissement de la population et les avancées dans le

traitement de certaines conditions, et donc le vieillissement dans le contexte de maladies graves et incurables, peuvent également expliquer que plus de gens en fin de vie choisissent l'AMM. On note finalement que le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs en centre hospitalier et en CHSLD a augmenté de façon significative.

Il y a également une augmentation du nombre déclaré d'administrations de sédation palliative continue (SPC). Nous estimons cependant que la SPC pourrait bénéficier à un plus grand nombre de patients de fin de vie et qui demandent des soins palliatifs et à cette fin, travaillons à un plan de communication et de formation à l'intention des médecins. Nous sommes par ailleurs assurés que les SPC cliniquement indiquées sont dispensées aux patients.

La collecte de données à l'égard des AMM demeure encore cette année un défi. C'est notre ambition de faire du guichet un outil de dépôt de la donnée permettant une collecte facile et complète de la donnée et de générer des analyses plus complètes.

Le comité d'évaluation de l'acte de l'AMM est très actif et toutes les administrations d'AMM et de SPC ont été évaluées pour l'année 2022-2023 : elles ont toutes été jugées conformes aux normes législatives. Des liens avec le comité central de l'acte médical et le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ont été tissés de façon à assurer qu'une analyse poussée des travaux du comité de l'AMM soit faite systématiquement.

La priorité pour l'année 2023-2024 est de viser à améliorer l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie pour la population et d'en améliorer la qualité. Perfectionner le guichet, assurer la stabilité du GIS, recruter des médecins pour les AMM, former les équipes à la SPC, travailler les communications aux usagers et aux équipes sont autant de moyens que nous utiliserons pour le faire.

Rapport du président-directeur général au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais  
et à la Commission sur les soins de fin de vie  
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)  
Exercice : 2022-2023 (1er avril 2022 au 31 mars 2023)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3022
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	83
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	225
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	178
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <i>Personne ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation</i> <i>Personne a retiré sa demande/a changé d'avis</i> <i>Personne décédée avant l'administration</i>	47

## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

### 7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais

#### Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel CISSS de l'Outaouais (1104-5218)

	Nombre d'emploi Au 31 mars 2022	Nombre d'ETC en 2021-2022
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 715	2 282
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 549	2 672
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 869	1 569
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 463	2 139
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	102	72
6 – Personnel d'encadrement	382	364
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	45	33
<b>Total</b>	<b>11 125</b>	<b>9 132</b>

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

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

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

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

### Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2022-2023

11045218 - CISSS de l'Outaouais	Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	693 330	9 132	702 462
2 – Personnel professionnel	2 634 602	60 723	2 695 326
3 – Personnel infirmier	4 099 008	329 735	4 428 743
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 832 731	458 207	8 290 938
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 432 955	53 731	1 486 687
6 – Étudiants et stagiaires	58 991	598	59 590
<b>Total 2022-2023</b>	<b>16 751 618</b>	<b>912 126</b>	<b>17 663 745</b>
<b>Total 2021-2022</b>			<b>17 770 797</b>

<b>Cible 2022-2023</b>	<b>17 593 440</b>
<b>Écart</b>	<b>(70 305)</b>
<b>Écart en %</b>	<b>(0,4 %)</b>

## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### 8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercices courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
<b>Programmes services</b>						
Santé publique	77 855 311 \$	5,65%	41 363 748 \$	3,23%	(36 491 563) \$	37,68%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	78 409 926 \$	5,69%	75 638 302 \$	5,91%	(2 771 624) \$	2,86%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	235 783 905 \$	17,12%	210 840 800 \$	16,47%	(24 943 105) \$	25,76%
Déficiences physique	48 395 597 \$	3,51%	51 406 455 \$	4,02%	3 010 858 \$	-3,11%
Déficiences intellectuelle et TSA	58 658 941 \$	4,26%	56 530 641 \$	4,42%	(2 128 300) \$	2,20%
Jeunes en difficulté	80 800 146 \$	5,87%	79 692 701 \$	6,23%	(1 107 445) \$	1,14%
Dépendances	9 159 309 \$	0,67%	13 342 592 \$	1,04%	4 183 283 \$	-4,32%
Santé mentale	87 922 827 \$	6,39%	88 975 356 \$	6,95%	1 052 529 \$	-1,09%
Santé Physique	449 151 265 \$	32,62%	418 615 363 \$	32,70%	(30 535 902) \$	31,53%
<b>Programmes soutien</b>						
Administration	73 419 957 \$	5,33%	78 051 924 \$	6,10%	4 631 967 \$	-4,78%
Soutien aux services	95 581 544 \$	6,94%	89 762 322 \$	7,01%	(5 819 222) \$	6,01%
Gestion des bâtiments et des équipements	81 830 225 \$	5,94%	75 904 342 \$	5,93%	(5 925 883) \$	6,12%
<b>Total</b>	<b>1 376 968 953 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 280 124 546 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>(96 844 407) \$</b>	<b>100,00%</b>

\* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celle de l'année financière terminée.

\*\* : Résultat de l'écart par l'écart total pour l'année.

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

### 8.2 L'équilibre budgétaire

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

### 8.3 Les contrats de service

Les contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	9	559 813,14 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	97	38 965 208,68 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>106</b>	<b>39 525 021,82 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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

## 9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

---

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

Les principaux projets liés aux ressources informationnelles réalisés en 2022-2023 et qui ont contribué à l'atteinte de la mission de l'organisation sont présentés ci-dessous. Ces réalisations ont eu un impact important sur la performance organisationnelle.

#### Mise en place d'un portail clinique virtuelle

Bénéfices : Améliorer l'efficacité des professionnels dans l'obtention et l'accès aux données des usagers.

#### Fusion des systèmes d'imagerie médicale

Bénéfices : Améliorer la performance des équipes d'imagerie médicale dans le traitement et l'accessibilité via une seule plateforme.

#### Mise en place d'un projet de gestion de relation client en santé mentale

Bénéfices : Permettre un accès libre-service sécurisé aux usagers à leur profil patient. Du côté clinique, une meilleure gestion des données patientes, meilleure collaboration entre les professionnels de la santé qui sont impliqués dans les mêmes dossiers ; meilleure gestion des listes d'attente et des demandes de service en santé mentale. Réduis la pression sur le personnel administratif en place et donne accès à un outil d'aide à la décision.

#### Implantation d'une voûte de sauvegarde

Bénéfices : Améliorer la protection des données basées sur les serveurs de l'établissement en créant une copie de sauvegarde en cas de cyberattaque.

#### Acquisition d'un logiciel de gestion des infections nosocomiales

Bénéfices : Permettre d'être aux normes avec le programme québécois des soins sécuritaires en mettant en place un ensemble de pratique exemplaire, comme réduction des erreurs potentielles liées au facteur humain lors de la saisie manuelle. Permet des suivis sur tout le continuum de soins de l'utilisateur, peu importe le centre de soin où il se trouve. Cette acquisition est en adéquation avec la vision de l'informatisation des soins et des hôpitaux « sans papier » de l'avenir.

#### Modernisation du réseau sans fil corporatif

Bénéfices : Améliorer et faciliter le suivi des patients par le personnel clinique. La modernisation du réseau sans-fil permet, une utilisation optimale des nouveaux appareils médicaux tels que; pompe volumétrique; chariots de médicaments; glucomètre; télémétrie. Permet d'être connecté à un système de localisation des équipements, afin d'assurer un meilleur contrôle.

### Déploiement d'un dossier médical électronique dans les CLSC

Bénéfices : Permettre une plus grande fluidité et accessibilité au dossier patient pour les médecins en CLSC et en médecine familiale.

### Unification des systèmes de rendez-vous et d'index/ADT et l'extension de l'index patient maître (projet K2 – 3 phases)

1<sup>re</sup> Phase : complétée ; 2<sup>e</sup> Phase : En cours ; 3<sup>e</sup> Phase Automne 2023

Bénéfices :

- Simplification des liens d'interfaces entre les systèmes.
- Normaliser les pratiques de prise de rendez-vous dans l'organisation pour soutenir l'échange de renseignements informatisés entre les intervenants du réseau.
- Permet de rendre plus efficaces, uniformes et performants les processus de gestion de prise de rendez-vous dans l'organisation.
- Permet une fluidité des ressources humaines, par le partage de connaissances et mobilité accrue.

### Implantation d'un système d'information en maison des aînées et soins alternatifs

Bénéfices : Assurer une meilleure efficacité pour la sécurité et la qualité des soins et des services, maximiser les processus de travail à tous les niveaux d'interventions et améliorer la qualité de vie des personnes résidentes grâce à la technologie.



Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>				
2.1_6060 & 6160 (CISSS Outaouais): Soins inf. personnes en perte d'autonomie et soins d'assistance des personnes en perte d'autonomie: - Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que la définition de l'unité de mesure donnée dans le manuel de gestion financière était inconnue. Le système informatique utilisé principalement à des fins de facturation, cause les absences de plus de 24 heures autres que les hospitalisations, les départs définitifs et les décès, à ne pas être prises en compte lors de la compilation des unités de mesure. Ces autres absences sont uniquement suivies dans un cartable à usage interne et non réconcilié lors de la compilation des unités. Selon le manuel de gestion financière, ces éléments doivent être pris en compte pour l'établissement des jours-présence. Nous vous recommandons de mettre en place un processus permettant de réconcilier les absences de plus de 24 heures avec les données compilées dans le système.	2017-2018	0510 Observation	Nous avons rencontré les gestionnaires de la DSAPA pour s'assurer de la compréhension des unités de mesure, et harmonisé le processus de travail pour saisir les congés directement dans SICHELD. Le rapport des congés temporaires peut être produit sur demande pour assurer l'exactitude des informations saisies. Procédure en place depuis l'exercice 2020-2021.	0600 Réglié
2.2_7062 - Cancérologie (Hôpital de Gatineau): Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que les gestionnaires du centre d'activités de cancérologie n'étaient pas en mesure d'enregistrer adéquatement les unités de mesure de leur centre. Nous avons remarqué que les gestionnaires ont eu à leur disposition les manuels de gestion tel que recommandé lors de l'audit précédent, ils n'ont pas été en mesure de mettre en place le processus de compilation des unités de mesure au courant de l'année 2017-2018. Nous vous recommandons de faire un suivi avec les gestionnaires de ce centre d'activités afin de vous assurer qu'ils mettent en place des systèmes adéquats qui leur permettront d'enregistrer les unités de mesure adéquatement.	2017-2018	0510 Observation	Unité B : Développement d'une procédure et compilation effectuée depuis janvier 2019 avec un nouvel outil de travail « ARIA ». Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place.	0600 Réglié
2.3_6307 - Services de santé courants (Shawville): Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités des services courants comptabilisait les patients se présentant à deux reprises dans une même journée pour le même problème comme visites différentes. Ceci est contraire au manuel de gestion financière qui indique que si l'usager se présente deux fois dans la même journée pour un même problème, on ne devrait compter qu'une seule visite si c'est pour la même condition. Nous vous recommandons de mettre en place un processus de révision des unités de mesure enregistrées afin de déceler les exceptions de ce type.	2017-2018	0510 Observation	Une note a été envoyée afin de clarifier la méthode de compilation. La compilation adéquate est effectuée depuis le 1er avril 2019. Le gestionnaire du Pontiac a avisé directement les infirmières des services courants au CLSC de Mansfield en avril 2019 et une clarification du MGF a été prodiguée aux différents gestionnaires du centre d'activités 6307 en mai 2019. Une rencontre a eu lieu entre les gestionnaires du centre d'activité et les responsables de l'application I-CLSC pour précision du cadre réglementaire en juin 2019.	0600 Réglié
2.4_7703 - Fonctionnement des installations: Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités n'avait pas mis en place un processus pour mesurer le volume en mètres cubes cohérent avec le manuel de gestion financière où le mètre cube est calculé en incluant l'épaisseur des planchers. Ceci résulte en une sous-estimation non chiffrée du nombre de mètres cubes de l'établissement. Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour mesurer précisément les mètres cubes des différentes installations du CISSS de l'Outaouais.	2017-2018	0510 Observation	Un processus a été rédigé et mis en application afin de pouvoir faire les suivis émergiques des installations, avec des indicateurs de suivis et de performance. Dans le processus de l'établissement de ceux-ci, la révision complète de la méthode du calcul des mètres cubes a été faite pour chacune des installations dont le CISSSO est propriétaire.	0600 Réglié

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2018-2019	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023 0600 Réglié
<p>2.5_Compliation des unités statistiques: Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que certains centres d'activités comptabilisent leurs statistiques seulement en fin d'année dans le système d'information financière. L'information sur la performance des centres d'activités est donc moins facilement accessible tout au long de l'année et augmente la charge de travail en fin d'année financière et du même coup, le risque d'erreur. Nous vous recommandons de comptabiliser les unités statistiques de façon périodique.</p> <p>2.6_Formation des gestionnaires: Lors de l'audit sur les unités de mesure, nous avons remarqué que certains gestionnaires de service ne connaissent pas bien la définition de leurs unités de mesure, les logiciels utilisés pour les compiler ou ont de la difficulté à exploiter ces logiciels. Ceci augmente considérablement le risque d'erreur lors de la compilation et conséquemment l'évaluation de la performance financière du centre ne sera pas représentative de la réalité. Nous vous suggérons de poursuivre le processus entamé d'amélioration continue et de formation des gestionnaires pour les unités de mesure et de réitérer l'importance de cette compilation.</p> <p>2.7_Approbation des rapports statistiques: Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que plusieurs établissements ne font pas revoir et/ou approuver les rapports de compilation par les responsables de service avant de faire parvenir les unités compilées au service des finances pour inscription à l'AS-471. Ceci augmente le risque que les unités compilées soient erronées puisque les responsables de services sont les personnes les mieux informées des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité. Nous vous suggérons de demander à chaque responsable de service de revoir et d'approuver les rapports périodiques afin de s'assurer qu'ils sont exacts et reflètent l'activité de la période.</p>	0510 Observation	L'équipe de la comptabilité a développé un outil qui a harmonisé les feuilles de travail pour suivre la compilation des unités de mesure.	0600 Réglié	
<p>2.6_Formation des gestionnaires: Lors de l'audit sur les unités de mesure, nous avons remarqué que certains gestionnaires de service ne connaissent pas bien la définition de leurs unités de mesure, les logiciels utilisés pour les compiler ou ont de la difficulté à exploiter ces logiciels. Ceci augmente considérablement le risque d'erreur lors de la compilation et conséquemment l'évaluation de la performance financière du centre ne sera pas représentative de la réalité. Nous vous suggérons de poursuivre le processus entamé d'amélioration continue et de formation des gestionnaires pour les unités de mesure et de réitérer l'importance de cette compilation.</p> <p>2.7_Approbation des rapports statistiques: Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que plusieurs établissements ne font pas revoir et/ou approuver les rapports de compilation par les responsables de service avant de faire parvenir les unités compilées au service des finances pour inscription à l'AS-471. Ceci augmente le risque que les unités compilées soient erronées puisque les responsables de services sont les personnes les mieux informées des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité. Nous vous suggérons de demander à chaque responsable de service de revoir et d'approuver les rapports périodiques afin de s'assurer qu'ils sont exacts et reflètent l'activité de la période.</p>	0510 Observation	Dans le cadre de la formation des gestionnaires, les AGF/SPA doivent rencontrer les gestionnaires pour les former sur les unités de mesure de leurs unités administratives selon le MGF. Les points qui sont abordés seront: la connaissance de l'UDM, la compréhension, logiciels de compilation utilisés, période de transmission et approbation des rapports.	0600 Réglié	
<p>2.7_Approbation des rapports statistiques: Nous avons remarqué lors de l'audit sur les unités de mesure que plusieurs établissements ne font pas revoir et/ou approuver les rapports de compilation par les responsables de service avant de faire parvenir les unités compilées au service des finances pour inscription à l'AS-471. Ceci augmente le risque que les unités compilées soient erronées puisque les responsables de services sont les personnes les mieux informées des changements, s'il y a lieu, dans les unités de mesure sous leur responsabilité. Nous vous suggérons de demander à chaque responsable de service de revoir et d'approuver les rapports périodiques afin de s'assurer qu'ils sont exacts et reflètent l'activité de la période.</p>	0510 Observation	En collaboration avec la DQEP, dans le cadre du projet de révision du processus d'autorisation des rapports statistiques dans ICLSC, la coordonnatrice aux opérations financières a fait le tour des comités de gestion du CISSSO de janvier 2020 à avril 2020 pour vulgariser l'audit des unités de mesure et les sensibiliser fortement à signer les rapports statistiques périodiques ainsi que le rapport global qui sera envoyé par la comptabilité.	0600 Réglié	

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

RAPPORT À LA GOUVERNANCE

3.1\_CISSS Outaouais: Processus de changements: L'établissement ne dispose pas d'une procédure formelle de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques. Recommandation: Nous recommandons de documenter une procédure de gestion des changements aux applications, bases de données et systèmes informatiques. Cette procédure devrait être utilisée comme guide pour toute modification aux systèmes de l'établissement (applications des bases de

0510  
Observation

Le processus et procédure sont en voie de complétion et d'implantation. Le test de conformité de notre procédure de gestion des changements aux applications fait l'objet de la Recommandation 3.12.

0610 Parfaitement réglé

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
<p>données, du réseau ou des systèmes d'exploitation). L'établissement devrait aussi s'assurer que tout changement mis en production est testé, approuvé et les approbations documentées et conservées. Cette procédure devrait aussi couvrir l'officialisation des demandes, approbation des demandes, les tests à réaliser incluant la documentation, approbation des modifications appropriées, le plan de retour en arrière et la période de rétention de la documentation.</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>La gestion et la révision des accès font partie des pratiques courantes pour GRH. Les pilotes de l'application suivent et documentent les procédures qui précèdent la fréquence e révision des accès et les étapes à suivre. Les pilotes devront mieux définir et documenter les profils/rôles de GRH et la validation des comptes usagers afin d'assurer les accès appropriés.</p>	0620 Non réglé
<p>3.2_ Révision des accès – GRH: Les révisions des utilisateurs de l'application GRH et de sa base de données ne sont pas formalisées et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRH ainsi que sa base de données.</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>La gestion et la révision des accès font partie des pratiques courantes pour GRM. Les pilotes de l'application suivent et documentent les procédures qui précèdent la fréquence e révision des accès et les étapes à suivre. Les pilotes devront mieux définir et documenter les profils/rôles de GRM et la validation des comptes usagers afin d'assurer les accès appropriés.</p>	0620 Non réglé
<p>3.3_ Révision des accès – GRM: Les révisions des utilisateurs de l'application GRM et de sa base de données ne sont pas formalisées et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRM ainsi que sa base de données.</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>La procédure de révision des accès est déjà en vigueur. Toutefois, la documentation de la journalisation (délai de conservation, emplacement) et des instructions de travail à réaliser pour valider le bon fonctionnement de la procédure sont encore à améliorer.</p>	0610 Partiellement réglé
<p>3.4_ Révision des accès - Domaine: Les révisions des utilisateurs du Domaine ne sont pas formalisées et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne le Domaine (les administrateurs réseau au minimum).</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>La procédure a été rédigée et mise en application. La révision des accès et des utilisateurs à hauts privilèges est effectuée deux fois par année. La ségrégation des tâches est complétée depuis l'automne 2020 afin de distinguer l'octroi et la révision des accès.</p>	0600 Régulé
<p>3.5_ Accès privilégiés: Plusieurs utilisateurs ont des accès privilégiés dans les applications GRF et GRM et n'en ont pas besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons à l'Établissement de réviser les accès octroyés afin de restreindre les accès privilégiés aux employés qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches journalières. Nous recommandons également de revoir la ségrégation des tâches pour la révision des utilisateurs.</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>GRM : Une procédure de révision des accès des employés a été rédigée et implantée. L'objectif est d'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail (incluant les accès privilégiés). Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la personne responsable.</p>	0600 Régulé
<i>Rapport à la gouvernance</i>				
<p>3.6_ Accès du fournisseur: Le fournisseur Logibec a accès en tout temps aux environnements de production des applications GRM et GRF. L'établissement n'a pas mis en place de mécanismes de détection des activités de son fournisseur de services. Cependant, une politique de gestion des accès fournisseurs a été mise en place et fait en sorte que Logibec doit demander au CISSSO l'accès à l'environnement de production. Nous recommandons à l'Établissement d'activer les connexions VPN des firmes sur demande seulement afin de monitorer les accès et les changements effectués par la firme externe.</p>	2018-2020	0510 Observation	<p>Un avis de se conformer à la procédure PRO-064 a été notifié aux intervenants ainsi qu'aux fournisseurs. Un contrôle additionnel a été mis en place sur les serveurs pour que les fournisseurs accèdent uniquement aux serveurs fournisseurs.</p>	0600 Régulé
<p>3.7_ Retrait d'accès - GRM : Suite au départ de certains employés, les accès n'ont</p>	2021-2022	0510	<p>Nous allons renforcer le lien entre notre procédure</p>	0620 Non réglé

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
<p>pas été retirés de GRM. Nous recommandons à la direction de retirer les accès du personnel qui quitte l'organisation dans un délai raisonnable (moins de 13 jours).</p>	2021-2022	Observation	<p>globiale de gestion des accès et la procédure interne de gestion des accès GRM afin d'arrimer les actions à prendre au départ d'un employé.</p>	0620 Non réglé
<p>3.8_Création d'accès - GRF : Lors des travaux d'audit, nous avons constaté que les accès octroyés à GRF sont effectués sur une base « Tel que ». Nous recommandons à la direction de préciser dans les billets et les courriels les accès à octroyer pour chaque utilisateur qui requiert des accès aux systèmes informatiques.</p>	2021-2022	Observation	<p>Nous collaborons avec les gestionnaires dans le but de les éduquer sur les profils/rôles à utiliser lors des demandes d'accès afin de bien préciser les accès à octroyer à chaque utilisateur.</p>	0620 Non réglé
<p>3.9 Révision d'accès: Lors de nos travaux, nous avons constaté qu'il n'y a pas eu de révision des accès effectuée pour les applications GRM et GRH. De plus, lors de nos travaux, nous avons constaté que la révision des accès pour GRF n'inclut pas la révision des privilèges associés aux rôles. Nous recommandons à la direction d'effectuer une revue annuelle des accès en deux parties : Premièrement, les représentants des lignes d'affaires peuvent faire une validation que les comptes usagers extraits sont appropriés pour accéder au système. Ceci identifiera les comptes qui devraient être supprimés à la suite d'un départ ou lorsque les accès ne sont plus nécessaires. En conjonction avec cette revue, les administrateurs TI en collaboration avec les approbateurs des lignes d'affaires devront effectuer une revue de la construction de tous les rôles de GRM, GRH et GRF pour pouvoir s'assurer que les accès de chaque rôle sont appropriés et nécessaires selon la fonction du rôle et de l'utilisateur.</p>	2021-2022	Observation	<p>La gestion et la révision des accès font partie des pratiques courantes pour GRM, GRH et GRF. Les pilotes de chacune de ces applications suivent et documentent les procédures qui précisent la fréquence de révision des accès et les étapes à suivre. Les pilotes devront mieux définir et documenter les profils/rôles de GRM et GRH et la validation des comptes usagers afin d'assurer les accès appropriés.</p>	0600 Réglé
<p>3.10_Accès privilégiés: Lors de nos travaux, nous avons constaté que les accès privilégiés à GRF et GRM sont attribués au personnel des finances et des achats. GRH : Lors de nos travaux, nous avons constaté que les accès privilégiés à GRH sont attribués entièrement au personnel des finances et des ressources humaines. GRF, GRM et GRH : Lors de nos travaux, nous avons constaté que les accès privilégiés du fournisseur externe sont actifs en continu. Nous recommandons à la direction de restreindre les accès privilégiés des applications GRF, GRM et GRH au personnel des équipes TI. De plus, nous recommandons à la direction de désactiver les accès du fournisseur externe des applications GRF, GRM et GRH et de les accorder au fournisseur externe au besoin.</p>	2021-2022	Observation	<p>La révision des comptes utilisateurs à accès privilégiés fait partie des procédures de révision des accès pour chacune des applications GRF/GRH/GRM (voir recommandation 3.9). En ce qui concerne les accès des fournisseurs externes, l'équipe TI a mis en service des serveurs fournisseurs pour limiter et contrôler les accès (voir recommandation 3.6).</p>	0620 Non réglé
<p>3.11_Authentification: Lors de nos travaux, nous avons constaté que des paramètres de mots de passe pour GRH, GRF, GRM et le Domaine peuvent être améliorés. Nous avons noté les suivants : GRH : - Le délai d'expiration du mot de passe est 365 jours; - Les mots de passe ne sont pas complexes; et - L'historique des mots de passe conserve seulement les 2 derniers mots de passe. - La longueur minimale des mots de passe est de 5 caractères. GRF et GRM : - Les mots de passe ne sont pas complexes. - Les mots de passe ont un historique de mots de passe de 365 jours. Domaine : Les mots de passe expirent après 999 jours. Nous recommandons à la direction d'augmenter le niveau de sécurité des paramètres de mots de passe pour GRH, GRF, GRM et le Domaine.</p>	2021-2022	Observation	<p>GRH : Le mot de passe pour GRH est lié aux comptes Windows (LDAP). Nous sommes conformes aux bonnes pratiques en matière de paramètres de mots de passe. GRF/GRM : La limitation des applications empêche de bien respecter les bonnes pratiques en matière de mots de passe recommandées par NIST et décrites dans notre procédure de gestion des accès. Nous prévoyons relever la version de ces applications en 2023-2024 ce qui permettra de corriger la situation. DOMAINE : Nous allons augmenter le niveau de sécurité des paramètres de mots de passe (délai d'expiration, verrouillage de compte) en début d'année 2023-2024.</p>	0620 Non réglé
<p>3.12_Gestion des changements: Lors de nos travaux nous avons constaté que les mises à jour les tests effectués ainsi que l'approbation avant la mise en production ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter tous les tests effectués par les pilotes et de conserver une preuve écrite des approbations avant la mise en production par Logibec pour toutes les mises à jour des applications GRF, GRM et GRH.</p>	2022-2023	Observation	<p>La procédure sera publiée à l'automne 2023 pour intégrer le processus de mise en place de solutions informatiques conformément à la LGGR.</p>	0620 Non réglé
<p>3.13_Engagements contractuels: Lors de nos procédures d'audit, nous avons noté que certains engagements contractuels n'avaient pas été présentés à la page 635</p>	2022-2023	Observation	<p>Des outils sont en cours de développement afin d'assurer l'intégrité et l'intégralité des données</p>	0620 Non réglé

Tous les Fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
<p>ou encore, n'avaient pas été correctement inscrits. Les divergences notées ont été corrigées par l'établissement dans l'année courante. Nous recommandons que les directions ou services impliqués dans la production des données des obligations contractuelles s'assurent de générer et traiter les engagements conformément aux directives du manuel de gestion financière. Les directions ou services concernés sont responsables de la qualité des données fournis au service des finances.</p>	(XXXX-XXXX)		<p>présentées à la page 635 en collaboration avec les directions concernées, le tout en conformité avec le manuel de gestion financière.</p>	

## 11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

---

### Reddition de comptes 2022-2023 – Divulgation d’actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n’a été divulgué dans le CISSS de l’Outaouais pour l’année 2022-2023.



---

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

---

Le 25 mai 2023

Date

## 12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

---

Le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais reconnaît 165 organismes communautaires. Cent quarante (140) d'entre eux reçoivent une contribution financière en support à la mission globale via le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), pour supporter la mission de l'organisme. Le tableau en annexe met en parallèle les subventions accordées aux organismes pour les années 2021-2022 et 2022-2023.

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

- Fait parvenir une lettre et joint des documents rappelant les éléments à inclure dans la reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du PSOC ;
- Organise des rencontres d'informations sur comment faire sa reddition de comptes ;
- Remet un accusé de réception puis un avis de conformité aux organismes communautaires confirmant le respect des éléments.

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

1. Le Cadre de gestion ministériel du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour le mode de financement en soutien à la mission ;
2. Le Cadre de référence de relation et de soutien financier pour les organismes communautaires de l'Outaouais ;
3. La Convention de soutien financier 2015-2018 (celle-ci a été renouvelée par le MSSS jusqu'au 31 mars 2024).

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

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

**Subvention PSOC accordée à chacun des organismes sur une base comparative 2021-2022 et 2022-2023**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		TOTAL ALLOUÉ en mission globale	
		2021-2022	2022-2023
1	Académie des retraités de l'Outaouais	62 937 \$	64 762 \$
2	Accompagnement des femmes immigrantes de l'Outaouais	118 016 \$	131 811 \$
3	Action-Quartiers	86 199 \$	99 072 \$
4	Adojeune inc.	750 882 \$	842 057 \$
5	Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	64 146 \$	66 006 \$
6	Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	10 304 \$	10 603 \$
7	Alliance alimentaire Papineau	94 398 \$	107 509 \$
8	Antre-Hulloises inc.	237 956 \$	255 230 \$
9	Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	120 381 \$	123 872 \$
10	Association des personnes vivant avec la douleur chronique	120 131 \$	133 988 \$
11	Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau 'La Lanterne'	122 714 \$	136 646 \$
12	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	629 962 \$	658 604 \$
13	Association pour Personnes Exceptionnelles de Papineau Inc.	81 365 \$	83 725 \$
14	Association pour Personnes Handicapées de Papineau	105 185 \$	118 608 \$
15	Association répit communautaire	137 762 \$	141 757 \$
16	Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	185 055 \$	200 795 \$
17	Avenue des Jeunes	738 994 \$	829 825 \$
18	Banque alimentaire de la Lièvre (anciennement La Mie de l'entraide)	76 144 \$	180 806 \$
19	Banque Alimentaire - Services Entraide	165 630 \$	180 806 \$
20	Banque Alimentaire de la Petite-Nation	85 839 \$	109 328 \$
21	Bouffe Pontiac	120 146 \$	180 806 \$
22	Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	554 559 \$	581 014 \$
23	CAMPUS 3	253 905 \$	271 641 \$
24	CAP Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	244 940 \$	282 666 \$
25	Centre alimentaire d'Aylmer	141 228 \$	180 806 \$
26	Centre d'action bénévole - A C C E S	186 322 \$	202 098 \$
27	Centre d'action bénévole de Hull	236 687 \$	253 924 \$
28	Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	294 995 \$	313 923 \$
29	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau (CALACS Vallée-de-la-Gatineau)	218 939 \$	235 661 \$
30	Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais (CALAS)	616 992 \$	645 258 \$
31	Centre de ressources Connexions	125 044 \$	139 043 \$
32	Centre d'entraide aux aînés	242 489 \$	259 894 \$
33	Centre des jeunes de Wakefield	89 110 \$	96 694 \$
34	Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais	1 127 995 \$	1 171 080 \$
35	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	687 669 \$	717 984 \$
36	Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de	294 466 \$	313 379 \$

	l'Outaouais		
37	Centre Inter-Section	625 167 \$	673 552 \$
38	Centre Intervalle Pontiac	395 598 \$	437 454 \$
39	Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	249 708 \$	256 950 \$
40	Centre Kogaluk	134 952 \$	149 239 \$
41	Centre Serge Bélair	98 376 \$	113 643 \$
42	Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet	26 081 \$	26 837 \$
43	Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	36 118 \$	62 891 \$
44	Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	50 153 \$	51 607 \$
45	Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	17 846 \$	18 364 \$
46	Comité régional troisième âge Papineau	218 045 \$	234 741 \$
47	Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	55 151 \$	67 123 \$
48	Diabète Outaouais inc.	62 772 \$	88 655 \$
49	Dîner pour mieux apprendre (anciennement Table de Bethléem/Oeuvre d'Edna Charrette)	50 862 \$	62 894 \$
50	Donnes-toi une chance	641 000 \$	765 640 \$
51	Droits-Accès de l'Outaouais	295 606 \$	334 618 \$
52	Entraide familiale de l'Outaouais Inc.	140 349 \$	144 419 \$
53	Entraide-Deuil de l'Outaouais	134 527 \$	168 958 \$
54	Entre deux roues	110 792 \$	124 378 \$
55	Épilepsie Outaouais inc.	111 301 \$	55 650 \$
56	Espace Outaouais inc.	385 325 \$	406 872 \$
57	Être et Devenir	49 677 \$	104 418 \$
58	Femmes de l'Outaouais	62 772 \$	113 643 \$
59	Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	61 709 \$	113 643 \$
60	Groupe communautaire Deschênes	95 606 \$	108 752 \$
61	Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	268 401 \$	345 365 \$
62	Groupe Entre-Femmes de l'Outaouais	61 420 \$	95 270 \$
63	Halte-Femme Haute-Gatineau	1 001 608 \$	1 129 933 \$
64	Itinérance Zéro	47 590 \$	62 891 \$
65	Jeunesse Idem	90 020 \$	113 643 \$
66	Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	132 973 \$	147 203 \$
67	Journal Le PORTAIL de l'Outaouais	125 958 \$	-
68	La Maison Alonzo Wright	87 364 \$	120 453 \$
69	La Maison 'Unies-Vers-Femmes'	1 084 624 \$	1 226 846 \$
70	La Mie du Partage	21 248 \$	21 864 \$
71	La Pointe aux jeunes inc.	191 656 \$	207 587 \$
72	La Saga Maison des jeunes (anciennement Saga Jeunesse)	149 205 \$	163 905 \$
73	La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	165 077 \$	180 806 \$
74	La source des jeunes	109 382 \$	122 927 \$
75	La Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	161 209 \$	176 257 \$
76	L'Alternative Outaouais	526 671 \$	552 317 \$

77	L'Amicale des handicapées physiques de l'Outaouais	130 860 \$	145 028 \$
78	L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	363 778 \$	404 729 \$
79	L'Arche Outaouais inc.	602 372 \$	630 214 \$
80	L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	195 366 \$	211 405 \$
81	L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	100 319 \$	113 647 \$
82	L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	121 188 \$	135 075 \$
83	L'Autre chez soi inc.	1 124 494 \$	1 167 477 \$
84	Le Belvédère Jeunesse Outaouais	-	69 400 \$
85	Le Boulev-Art de la Vallée	1 022 907 \$	1 082 605 \$
86	Le Centre Actu-Elle	244 124 \$	261 577 \$
87	Le Centre d'action bénévole de Gatineau	237 185 \$	254 436 \$
88	Le Centre d'entraide La Destinée	242 740 \$	260 152 \$
89	Le Centre Mechtilde	1 073 079 \$	1 448 187 \$
90	Le Gîte Ami	1 026 905 \$	1 056 685 \$
91	Le Grenier des Collines	98 419 \$	154 273 \$
92	Le Jardin Éducatif du Pontiac	125 559 \$	139 573 \$
93	Le Mashado	202 634 \$	208 511 \$
94	Le Mimosa du Quartier	-	39 931 \$
95	Le Mont d'Or	133 738 \$	147 989 \$
96	L'Entourelle	1 020 006 \$	1 136 069 \$
97	L'Entraide de la Vallée	116 907 \$	122 469 \$
98	L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	115 368 \$	162 651 \$
99	L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	133 709 \$	137 587 \$
100	Les ami(e)s du Manoir St-Joseph	79 156 \$	87 052 \$
101	Les Apprentis (Centre d'apprentissage pour la déficience intellectuelle)	219 353 \$	236 087 \$
102	Les Grands Frères et Grandes Sœurs de l'Outaouais Inc.	78 585 \$	80 864 \$
103	Les Habitations Nouveau Départ	385 302 \$	426 865 \$
104	Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	181 504 \$	197 141 \$
105	Les Maisons des jeunes du Pontiac	286 039 \$	304 707 \$
106	Les Œuvres Isidore Ostiguy	146 362 \$	160 979 \$
107	L'Impact - Rivière Gatineau	500 378 \$	599 469 \$
108	Logement intégré de Hull inc.	965 385 \$	1 003 754 \$
109	M-Ado Jeunes	212 434 \$	228 968 \$
110	Maison amitié de la Haute-Gatineau	407 965 \$	450 419 \$
111	Maison communautaire Daniel-Johnson	100 820 \$	114 117 \$
112	Maison d'accueil Mutchmore	85 020 \$	87 486 \$
113	Maison de jeunes Val-Jeunesse	109 382 \$	122 927 \$
114	Maison de l'Amitié de Hull	85 413 \$	87 890 \$
115	Maison de Quartier Notre-Dame	91 362 \$	104 384 \$
116	Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	1 025 447 \$	1 147 139 \$
117	Maison le Ricochet	729 851 \$	794 611 \$

118	Maison Libère-Elles	1 009 128 \$	1 113 932 \$
119	Maison-Réalité Inc	947 184 \$	1 004 728 \$
120	Mani-Jeunes Inc.	163 899 \$	179 025 \$
121	Moisson Outaouais	145 298 \$	180 806 \$
122	Mon Chez-Nous Incorporée	198 867 \$	215 007 \$
123	Naissance-Renaissance Outaouais	183 976 \$	199 684 \$
124	Parkinson Outaouais	50 862 \$	62 891 \$
125	Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	352 814 \$	373 418 \$
126	Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	145 832 \$	150 061 \$
127	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	68 697 \$	79 008 \$
28	Réseau Outaouais ISP	26 149 \$	70 894 \$
129	Salon des jeunes de Thurso	108 559 \$	122 080 \$
130	Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale S. A. I. S.	31 850 \$	76 792 \$
131	Société Alzheimer Outaouais	622 760 \$	661 750 \$
132	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	66 157 \$	68 076 \$
133	SOS Contact AI-To Inc	107 883 \$	121 385 \$
134	Soupe populaire de Hull Inc.	406 134 \$	428 285 \$
135	Soupe Populaire Saint-François de Sales	-	62 891 \$
136	Suicide Détour	169 778 \$	205 211 \$
137	Table Autonome des Aînés des Collines	67 959 \$	80 303 \$
138	Tel-Aide Outaouais (Québec)	179 790 \$	215 508 \$
139	Trait d'Union Outaouais inc.	676 681 \$	706 678 \$
140	Transport de l'âge d'or Campbell's Bay	47 540 \$	48 919 \$
141	Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau	66 658 \$	95 271 \$
<b>TOTAL</b>		<b>37 620 792 \$</b>	<b>42 054 484 \$</b>

## ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs



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

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

En vigueur le 20 juin 2019

## Table des matières

PRÉAMBULE .....	93
Section 1 .....	94
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	94
1.1 Objectifs généraux .....	94
1.2 Fondement légal .....	94
1.3 Définitions .....	95
1.4 Champ d'application.....	96
1.5 Disposition finale.....	96
1.6 Diffusion.....	96
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....	97
2.1 Principes d'éthique.....	89
2.2 Règles de déontologie .....	89
2.2.1 Disponibilité et compétence.....	89
2.2.2 Respect et loyauté .....	89
2.2.3 Impartialité .....	89
2.2.4 Transparence .....	89
2.2.5 Discrétion et confidentialité .....	89
2.2.6 Considérations politiques.....	90
2.2.7 Relations publiques .....	90
2.2.8 Charge publique .....	90
2.2.9 Biens et services de l'établissement.....	90
2.2.10 Avantages et cadeaux .....	90
2.2.11 Interventions inappropriées .....	91
3. CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	91
4. APPLICATION.....	94
4.1 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	94
4.2 Comité de gouvernance et d'éthique.....	94
4.3 Comité d'examen <i>ad hoc</i> .....	104
4.4 Processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie.....	95

4.5 Processus disciplinaire.....	96
4.6 Notion d'indépendance.....	98
4.7 Obligations en fin du mandat.....	98
<b>Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....</b>	<b>100</b>
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	101
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	102
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	103
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	104
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	114
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	115

## **PRÉAMBULE**

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

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

## Section 1

### 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 1.1 Objectifs généraux

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

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

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

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

#### 1.2 Fondement légal

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

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

### 1.3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

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

#### **1.4 Champ d'application**

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

#### **1.5 Disposition finale**

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

#### **1.6 Diffusion**

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

---

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

## Section 2

### 2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

#### 2.1 Principes d'éthique

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

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

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

#### 2.2 Règles de déontologie

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

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

### **2.2.1 Disponibilité et compétence**

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

### **2.2.2 Respect et loyauté**

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

### **2.2.3 Impartialité**

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

### **2.2.4 Transparence**

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

•

### **2.2.5 Discrétion et confidentialité**

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de

l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

### **2.2.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

### **2.2.7 Relations publiques**

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

### **2.2.8 Charge publique**

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

### **2.2.9 Biens et services de l'établissement**

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

### **2.2.10 Avantages et cadeaux**

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement,

un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

#### **2.2.11 Interventions inappropriées**

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

## Section 3

### 3. CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

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

## Section 4

### 4. APPLICATION

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

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

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

#### 4.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

### **4.3 Comité d'examen *ad hoc***

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

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

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

gouvernance et d'éthique afin de déterminer les causes potentielles de cette baisse d'efficacité. Des mesures d'amélioration doivent alors être prises.

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

#### **4.5 Processus disciplinaire**

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

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

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

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

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

- 4.5.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie

du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

#### **4.6 Notion d'indépendance**

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

#### **4.7 Obligations en fin du mandat**

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

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

## ANNEXES

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

\_\_\_\_\_  
**Nom du commissaire à l'assermentation**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

## Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

### AVIS SIGNÉ

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [*aaaa-mm-jj*]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

### Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

#### 1. Intérêts pécuniaires

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Titre d'administrateur

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

### 1. Intérêts pécuniaires

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Titre d'administrateur

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [*aaaa-mm-jj*]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

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

Québec 