



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

**Rapport annuel de gestion**  
**2021-2022**

Québec 

**Une publication de :**

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

80, avenue Gatineau

Gatineau (Québec) J8T 4J3

Téléphone : 819-966-6000

Site Web : [www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca](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 est fier de vous présenter son rapport annuel de gestion pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022. Ce rapport témoigne des innombrables efforts qui sont investis au quotidien par toutes les personnes qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Mais avant tout, il offre une vision d'avenir porteuse de sens pour l'ensemble de l'Outaouais.

Certes, l'année 2021-2022 a été marquée par la pandémie de COVID-19, qui frappe le monde depuis maintenant deux ans. On ne peut ignorer tous les efforts et les sacrifices faits par l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, mais également par la population qui a vécu la perte d'êtres chers, et qui a dû radicalement changer certaines habitudes de vie. Nos premières pensées vont d'ailleurs toujours à ces personnes décédées ou atteintes de la COVID-19 et de tout autre problème de santé, ainsi qu'à leurs proches.

De nombreux services ont été déployés, ou adaptés pour faire face à cette menace et encore une fois l'Outaouais a pu démontrer sa grande résilience, sa créativité et son esprit de collaboration. À titre d'exemple, soulignons le déploiement de la campagne de vaccination contre la COVID-19. En plus de cliniques de vaccination dans les territoires du Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau, des Collines-de-l'Outaouais, de la Vallée-de-la-Lièvre-et-Petite-Nation et de la Ville de Gatineau, le CISSS de l'Outaouais a, en collaboration avec la Société de transport de l'Outaouais, déployé un « Vaccibus » pour rejoindre le mieux possible la population, notamment dans les secteurs les plus isolés, une initiative qui a fait écho sur la scène provinciale.

Le déploiement du « Vaccibus » n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration de nos partenaires tels que, la Fondation Santé Gatineau, Évolugen, Desjardins, Kruger, la Coopérative ambulancière de l'Outaouais, Vision centre-ville, les commerçants de la rue Laval, la Ville de Gatineau et les municipalités dans lesquelles le « Vaccibus » s'est déplacé.

Au-delà de cette pandémie, nous avons connu une période fertile, marquée par un engagement sans précédent de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des innombrables partenaires. De multiples projets porteurs d'avenir ont progressé au courant de l'année. Par exemple, le futur centre hospitalier affilié universitaire (CHAU), ou les projets de Maison des aînés/Maison alternative et d'agrandissements de CHSLD dans les secteurs de Hull, Masson-Angers, Maniwaki, dans la Vallée-de-la-Lièvre et des Collines.

Le CISSS de l'Outaouais a également revisité ses énoncés de mission, vision et de valeurs, et établira de nouvelles priorités organisationnelles pour 2022-2025.

Les services de proximité demeurent un élément majeur dans le déploiement des soins et services dans l'ensemble de l'Outaouais, et il convient de souligner certaines réalisations. En décembre 2021, le CISSS de



*Josée Filion  
Présidente-directrice générale*

l'Outaouais a fait partie des cinq établissements ciblés pour développer davantage le déploiement des services de proximité. Également, la mise en place du Guichet accès pertinence permet d'offrir aux usagers en attente d'un médecin de famille une réponse plus élargie par la collaboration des médecins et d'autres types de professionnels. Le secteur de la protection de la jeunesse a vécu une année difficile teintée par la pandémie et la rareté de main-d'œuvre qui ont entraîné une augmentation de la gravité des cas déclarés et des listes d'attente. Parmi les solutions implantées, soulignons la mise en place dans chacun des territoires d'une équipe en protection de la jeunesse, incluant un chef de service et un spécialiste en activités cliniques.

Pour mieux desservir notre population membre des Premières Nations, nous avons créé un poste de conseiller-cadre pour les services et relations avec les Premières Nations, en plus de débiter le déploiement auprès de l'ensemble de notre personnel de la formation provinciale sur les enjeux et réalités des Premières Nations et d'adapter nos concepts de Maison des aînés/Maison alternative à cette clientèle.

Les travaux faits avec les partenaires de l'éducation et de l'enseignement témoignent également d'une vision d'avenir concertée qui bénéficiera à tous. En plus du Campus Santé Outaouais qui a reçu une deuxième cohorte d'étudiants en médecine en septembre dernier, des initiatives locales et régionales de nos partenaires de l'enseignement permettent de développer de plus en plus sur notre propre territoire les talents indispensables pour assurer à notre population les soins et les services à court, moyen et long terme.

Il faut l'avouer le contexte de rareté de main-d'œuvre est en effet critique pour le CISSS de l'Outaouais. Les défis sont immenses et parfois des décisions crève-cœur ont dû être prises dans la dernière année, telle que la fermeture temporaire de certaines unités de soins, dont les urgences de Gatineau et St-André-Avellin. La collaboration du personnel, des gestionnaires, du corps médical, des sages-femmes, des bénévoles et des personnes embauchées via la campagne « JeContribue » a permis d'en amoindrir l'impact. Cet esprit de collaboration est de plus en plus présent dans toutes les sphères et permet d'entrevoir les prochaines années avec enthousiasme.

C'est pourquoi le conseil d'administration désire exprimer sa très grande reconnaissance. À tous les travailleurs, les professionnels, les gestionnaires, les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les stagiaires et les bénévoles, de même que les retraités ou les gens venus prêter main-forte via « Jecontribue », merci de donner le meilleur de vous-même à notre population. À tous ces partenaires de l'Outaouais, tels que les organismes communautaires, les instances régionales et locales de toutes sortes, les nombreux partenaires internes tels que les comités d'usagers, les fondations, les syndicats, les organismes conseils, merci de contribuer au bien commun. À la population, merci de croire en l'avenir de l'Outaouais, de soutenir et de participer aux initiatives de toutes sortes qui visent toujours à vous offrir les meilleurs soins et services possibles.

*Bonne lecture!*

Le président du conseil d'administration,



Michel Roy

La présidente-directrice générale,



Josée Filion

## 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, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	14
3.3 Les faits saillants .....	16
<b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX</b> .....	<b>26</b>
<b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b> .....	<b>33</b>
5.1 L'agrément.....	33
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services .....	35
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission .....	57
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits .....	57
5.5 L'information et la consultation de la population.....	58
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE</b> .....	<b>60</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	<b>63</b>
7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais.....	63
7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais .....	64
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES</b> .....	<b>65</b>
8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme .....	65
8.2 L'équilibre budgétaire .....	66
8.3 Les contrats de service .....	66
<b>9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES</b> .....	<b>67</b>
<b>10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT</b> .....	<b>69</b>
<b>11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES</b> .....	<b>75</b>
<b>12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b> .....	<b>76</b>
<b>ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs</b> .....	<b>81</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 centre 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 2021-2022 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 2022.

La présidente-directrice générale,



Josée Filion

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

---

#### 3.1 L'établissement

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

On y compte plus de 13 000 employés, 600 médecins, dentistes, pharmaciens et 14 sages-femmes et l'établissement gère un budget de plus d'un milliard de dollars.

#### MISSION – VISION – VALEUR

Le CISSS de l'Outaouais a mené, au courant de l'année, une consultation visant à mettre à jour ses énoncés de mission et vision, mais surtout ses valeurs organisationnelles. Cette révision des énoncés sera présentée au Conseil d'administration pour adoption en 2022-2023.

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

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

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

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

Pour ce faire :

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

---

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

## Les valeurs du CISSS de l'Outaouais

### ***Bienveillance***

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

### ***Professionalisme***

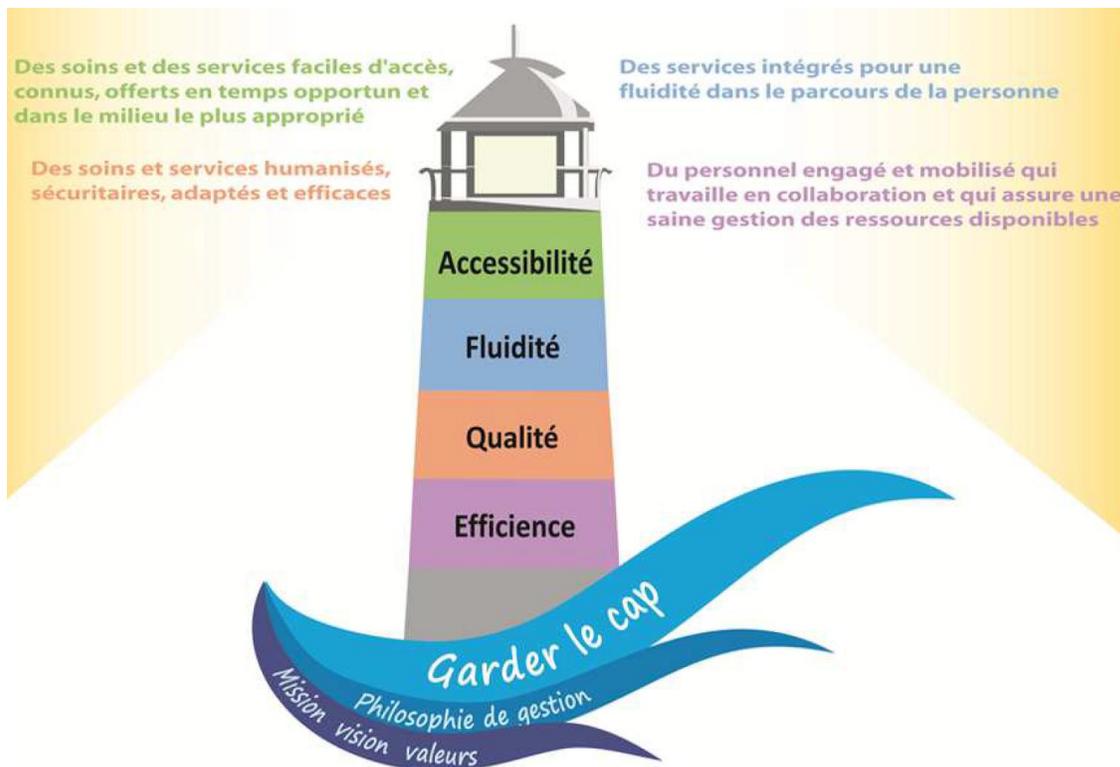
Au CISSS de l'Outaouais, nous développons et mettons à contribution toutes nos compétences et nos expertises dans la réalisation de notre mission. Nous agissons avec rigueur, courage et efficacité.

### ***Collaboration***

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

### ***Engagement***

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



## LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

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

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

### **Centre hospitalier**

Services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés.

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

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

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

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

### **Centre de réadaptation**

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

## 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 universitaire 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 envoyé au cours de la dernière année plus de 200 stagiaires – pour un total de 308 stages – permettant ainsi la formation de la relève dans la région dans des domaines tels que : administration, informatique, sciences comptables, soins infirmiers (incluant infirmière praticienne spécialisée), psychologie, psychoéducation, travail social et 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 du comité « Étudier puis travailler en Outaouais » ayant pour objectif d'attirer, de former et de proposer aux intéressé(e)s une carrière en santé et services sociaux dans la région de l'Outaouais.

#### LA VOCATION SUPRARÉGIONALE

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



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

### 3.2.1 Le conseil d'administration (au 31 mars 2022)



M. Michel Roy  
Président



Mme Christine Morin-Carle  
Vice-Présidente



Mme Josée Filion  
Secrétaire et PDG



Dr Jean-François Simard  
Membre désigné  
DRMG



Dr Oussama Sidhom  
Membre désigné  
CMDP



Mme Catherine Janelle  
Membre désigné  
CRSP



M. François-Régis Fréchette  
Membre désigné  
CII



M. Mathieu Nadeau  
Membre désigné  
CM



Mme Claire Major  
Membre désigné  
Comité des usagers



M. Ousmane Alkaly  
Membre indépendant  
Compétence en ressources  
immobilières, information-  
nelles ou humaines



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



Me Marie-Christine Fournier  
Membre indépendant  
Expertise en protection  
de la jeunesse



M. Michel Hébert  
Membre indépendant  
Expertise en réadaptation



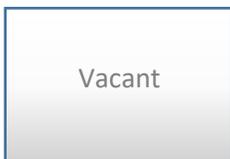
M. Xavier Lecat  
Membre indépendant  
Compétence dans les  
organismes communautaires



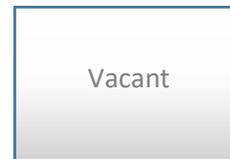
Mme Monique Séguin  
Membre indépendant  
Expertise en santé



M. Luc Cadieux  
Membre observateur  
Fondation Santé Outaouais



Vacant  
Membre indépendant  
Compétence en gouvernance  
et éthique



Vacant  
Membre nommé  
Milieu de l'enseignement

## 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. Le comité de la gouvernance et de l'éthique a étudié deux demandes de validation de la part de deux membres du conseil d'administration, l'une portant sur une apparence de conflit d'intérêts et l'autre concernant une situation de nature personnelle. 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'éthique-et-déontologie-des-membres-du-CA.pdf](https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/wpcontent/uploads/2020/06/C-001_Code-d'éthique-et-déontologie-des-membres-du-CA.pdf).

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

#### Les comités du conseil d'administration

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

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

#### 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 d'éthique clinique (CEC)
- Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)
- Comité central d'évaluation de l'acte médical (CEAM)
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)

### 3.3 Les faits saillants

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

#### LES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

##### 1. Ressources humaines

La pénurie de main-d'œuvre est l'enjeu le plus important pour notre établissement. Pour nous y attaquer, nous devons travailler sur l'image corporative, la planification/attraction/rétention des talents, la relation avec les employés, la gestion de proximité, la santé organisationnelle et l'amélioration continue. L'organisation profitera des prochaines années afin d'effectuer une planification adéquate et un développement pérenne de sa main d'œuvre. Nous travaillerons également de concert avec nos partenaires de l'enseignement afin d'accroître l'offre de formation en Outaouais. L'objectif est d'étudier en Outaouais pour y travailler en Outaouais. L'organisation souhaite devenir un employeur de choix. Pour ce faire, on mettra de l'avant nos employés et leurs expertises. Ces ambassadeurs deviendront l'image corporative afin d'améliorer nos stratégies de recrutement. Nous sommes convaincus qu'à terme, le sentiment de fierté et d'appartenance chez nos employés sera rehaussé.



##### 2. Amélioration continue



L'amélioration continue au CISSS de l'Outaouais est abordée comme étant une façon d'aller plus loin dans nos pratiques cliniques et administratives. La pandémie nous a amenés à repousser nos méthodes et nos processus de travail. L'organisation souhaite profiter de cet élan afin de travailler la philosophie de gestion, l'application des normes, le développement des compétences et le maintien des savoirs du personnel. C'est l'excellence qui est visée pour tous nos services. Pour se faire, des moyens comme l'implantation de la culture juste, la gestion par trajectoire et la continuité du processus d'agrément sont déployés dans l'organisation.

##### 3. Technologie de l'information et télésanté

Le CISSS de l'Outaouais accuse un certain retard dû à la désuétude de technologie et met en action un plan de modernisation afin de transformer la technologie de l'information dans l'ensemble des secteurs, clinique, administratif et technique. Un plan directeur de transformation numérique de la technologie de l'information est en élaboration afin d'encadrer les projets à réaliser pour les prochaines années dans une vision de virage numérique et de modernisation. Les objectifs de cette



priorité sont : de moderniser les outils de technologie pour optimiser l'accès aux données en temps réel pour des fins de décisions et d'amélioration de la qualité des services et des soins, d'informatiser et d'automatiser les processus internes via l'usage des technologies, de promouvoir et de maximiser le potentiel d'utilisation de la télésanté, de supporter et d'aider les équipes cliniques dans l'innovation des nouvelles pratiques et de méthodes de travail en utilisant les outils technologiques et la télésanté.

#### 4. Image corporative



C'est un vent nouveau qui souffle sur l'ensemble du CISSS de l'Outaouais en cette période de fin de pandémie. Il s'agit d'une excellente opportunité pour travailler l'image corporative de l'organisation. Les équipes de la direction des ressources humaines de même que de la Direction des communications travailleront cette priorité à plusieurs niveaux. Les objectifs sont d'améliorer les stratégies de communication, humaniser l'image des soins et des services, développer le sentiment d'appartenance et augmenter le rayonnement positif et la visibilité des activités qui distinguent l'organisation.

#### 5. Gestion de proximité 2.0

Les réalités en matière de santé et des services sociaux ne sont pas identiques partout sur le territoire de l'Outaouais. Depuis maintenant quelques années, le CISSS de l'Outaouais tente de capter les réalités des différents territoires et d'adapter l'offre de services en fonction des besoins précis de la population. La priorité concernant la gestion de proximité mettra l'accent sur la consolidation de l'offre de services afin de correspondre aux besoins du territoire local de même que la révision de structure de l'organisation dans les territoires afin de soutenir les équipes sur le terrain. Elle vise également l'amélioration de l'état de santé de la population locale en mettant à profit la collectivité dans le processus de recherche de solutions et l'adaptation des 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



Pour répondre aux besoins de la population de l'Outaouais de gros projets sont en cours de réalisation au CISSS de l'Outaouais. Le nouveau modèle des maisons des aînés et alternatives, ainsi que le projet du futur hôpital sont des dossiers majeurs pour l'organisation qui nécessitent une attention particulière. Ces projets nécessitent des réflexions importantes et auront des impacts directs sur l'offre de service de l'organisation. Les objectifs de cette priorité sont d'actualiser le plan de transition et élaborer le plan fonctionnel sur l'utilisation optimale des espaces de l'hôpital de Gatineau, de développer et réviser tout service et trajectoire en fonction de sa viabilité et de son transfert

vers le nouveau Centre Hospitalier Affilié universitaire (CHAU) et d'adapter les services à la population vieillissante.

## 7. Mission universitaire

Depuis plusieurs années, l'Outaouais se prépare à l'obtention de sa désignation universitaire. L'ouverture de la Faculté de médecine satellite de l'Université McGill, en 2020, en est un exemple flagrant; la concrétisation du Campus Outaouais étant le résultat de plusieurs années de travail. Plus récemment, le CA de l'établissement se dotait d'un sous-comité "Mission Universitaire" (MU) en vue de faire vivre au quotidien l'ensemble des dimensions de celle-ci dans toutes ses installations. L'établissement travaille aussi ardemment à développer l'infrastructure de recherche et à améliorer le volet de l'enseignement et de la formation pratique en ayant comme objectif l'excellence clinique. Le développement des volets de transfert de connaissances, des pratiques de pointe ainsi que de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention sont également au cœur des travaux en cours.



### LES FAITS SAILLANTS ORGANISATIONNELS

#### 1- Centre hospitalier affilié universitaire de l'Outaouais

Annoncé à l'automne 2020, le projet de construction d'un nouvel hôpital affilié universitaire de 600 lits a progressé au cours de la dernière année. Le CISSS de l'Outaouais a mis sur pied une nouvelle direction du projet (DPNH) qui a d'abord investi ses efforts au plan fonctionnel et au choix du terrain en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Société québécoise des infrastructures (SQI).

La programmation fonctionnelle du nouveau Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) de l'Outaouais est le résultat d'un vaste travail de collaboration avec les experts de terrain et les professionnels externes. Le Programme fonctionnel comprend l'ensemble des services intégrés au projet du CHAU, en conformité avec les projections des besoins cliniques anticipés du Plan clinique. Le programme est structuré de manière à regrouper les services par affinités fonctionnelles selon six grands pôles d'activités :

- Ambulatoire
- Hospitalisation
- Diagnostique et thérapeutique
- Soutien clinique
- Soutien général
- Recherche et mission universitaire

Un comité d'évaluation des sites a discuté avec les principaux partenaires de l'Outaouais : la SQI, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et plusieurs organisations publiques, dont le ministère des Transports du Québec (MTQ), la Société de transport de l'Outaouais (STO) et la Commission de la Capitale nationale (CCN) ainsi que les autorités municipales de la ville de Gatineau. Au printemps 2021, un avis d'intérêt public a été émis dans la région concernant les sites potentiels. Ceux-ci devaient d'être situés dans les secteurs d'Aylmer et de Hull et devaient répondre à divers critères, notamment :

- Avoir une superficie minimale de 150 000 mètres carrés;
- Être localisé à proximité des autoroutes et des grandes artères;
- Limiter au maximum l'expropriation du patrimoine bâti;
- Être desservi par des services municipaux et le réseau de transport collectif;
- Respecter les principes de développement durable.

Également, trois firmes d'experts, dont deux en ingénierie et une en urbanisme ont été mandatées pour conseiller le comité, notamment sur les aspects réglementaires, civils, géotechniques et environnementaux. Le comité poursuit son évaluation afin de proposer les meilleurs sites possibles.

## **2- Vaccination COVID-19**

Si l'Outaouais a pu démontrer ses grandes capacités, à la fois au chapitre de l'organisation des services que de la participation citoyenne, c'est bel et bien au travers de la vaste campagne de vaccination contre la COVID-19. Démarrée vers la fin de la période précédente, cette campagne a atteint des volumes impressionnants au courant de l'exercice 2021-2022, comme en fait foi le nombre de doses de vaccins administrées en Outaouais depuis le début de la vaccination :

- 1<sup>re</sup> dose (336 022 / 81 %);
- 2<sup>e</sup> dose (332 019 / 79 %);
- 3<sup>e</sup> dose (194 004 / 46 %);
- 4<sup>e</sup> dose (34 760). Notons que l'offre de la 4<sup>e</sup> dose a débuté à l'hiver 2022 pour les personnes âgées de 80 ans et plus et pour les personnes immunodéprimées de 18 ans et plus.

Pour rejoindre la population de l'Outaouais qui est répartie sur un grand territoire, le CISSS de l'Outaouais a dû faire preuve d'organisation... et de créativité!

En effet, en plus d'ouvrir des cliniques de vaccination dans chacun des territoires de l'Outaouais (Pontiac, la Vallée-de-la-Gatineau, Collines-de-l'Outaouais, Vallée-de-la-Lièvre-et-Petite-Nation et la ville de Gatineau), une initiative conjointe avec la Société de transport de l'Outaouais a permis de se déplacer aux quatre coins de la région à plus de 35 reprises et a permis d'administrer plus de 7 325 doses. Du 4 juin au 15 octobre, le Vaccibus a sillonné les routes de l'Outaouais afin de rejoindre la population où la couverture vaccinale était moins optimale et pour permettre une offre de vaccination plus accessible. Les secteurs visés étaient les municipalités plus isolées, les stationnements de commerces à grand volume, les parcs achalandés, le centre-ville de Gatineau, etc.

C'est le 24 novembre que la vaccination des jeunes âgés de 5 à 11 ans a débuté. Dans la région se sont plus de 21 786 (57 %) jeunes qui ont reçu leur 1<sup>re</sup> dose et 15 975 (44 %) leur 2<sup>e</sup> dose. Afin d'élargir l'offre auprès de cette clientèle, la vaccination était offerte dans 116 milieux scolaires en plus des six sites de vaccination traditionnels. Afin de rendre l'expérience plus agréable pour les tous petits, divers moyens ont été mis en place tels que : présence de mascottes, ballons décoratifs, présence de chiens accompagnateurs, etc.

Dès l'été 2021, une brigade de vaccination formée d'une vingtaine de professionnels de la santé s'est déplacée à plus de 145 reprises lors des cliniques de vaccination ou déplacements du Vaccibus afin de sensibiliser la population, de présenter les différentes options pour obtenir leur vaccin et de répondre aux diverses préoccupations et questions. De plus, une ligne téléphonique pour parler avec un professionnel de la santé est disponible depuis février 2022.

### **3- Une pandémie qui se prolonge**

La pandémie de la COVID-19 a marqué pour une deuxième année consécutive l'organisation des soins et services, qui a dû composer avec trois vagues intenses d'infections : les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vagues de même que la 6<sup>e</sup> vague qui a débuté en mars 2022 et qui s'annonçait difficiles encore une fois.

Après une 3<sup>e</sup> vague rapide en avril et mai 2021, l'Outaouais a connu un répit, avant d'entrer officiellement dans la 4<sup>e</sup> vague, le 18 juillet 2021. Heureusement, elle s'avère moins intense que les vagues précédentes grâce à une large majorité de personnes ayant été vaccinées. Le 1<sup>er</sup> septembre, le passeport vaccinal est instauré au Québec afin de limiter la propagation du virus et de permettre la poursuite des activités communautaires et commerciales sans être trop affecté par cette 4<sup>e</sup>. Dès le 17 septembre, l'Outaouais reçoit des tests rapides de dépistage pour les établissements de niveaux préscolaire et primaire qui font face à de nombreuses éclosions.

La 4<sup>e</sup> vague prend fin le 4 décembre, suivie très rapidement par une cinquième qui frappe fort. Énormément contagieux, le variant Omicron fait des centaines de nouveaux cas par jour. Nos centres de dépistage sont extrêmement sollicités et des tests de dépistages rapides sont offerts à la population dès le 20 décembre. Ce sera un temps des fêtes confiné et surtout extrêmement occupé pour nos membres du personnel qui continuent de lutter contre cet ennemi invisible. Un centre de dépistage par gargarisme au Casino du Lac-Leamy prend forme dans un temps éclair. Les services de logistique et équipes de dépistages font de leur possible afin de dépister le plus grand nombre de personnes possible.

Un début d'année 2022 confiné ce variant n'épargne pas l'Outaouais. Le 18 janvier 2022, nos hôpitaux atteignent un sommet de 160 hospitalisations. Nos membres du personnel sont essoufflés, mais déterminés à vaincre Omicron. Ils sont appuyés par les médecins, dentistes et pharmaciens qui se mobilisent comme jamais. Un comité de priorisation des cas cliniques est formé pour soutenir les équipes cliniques dans la gestion quotidienne de la pandémie. De nouvelles mesures sont mises en place et la population est confinée à nouveau. L'utilisation du passeport vaccinal est étendue. De plus, avec la modification des priorités de dépistage, une plateforme d'auto déclaration des tests rapides est offerte à la population. C'est finalement le 31 janvier que nous voyons la lumière au bout du tunnel avec l'annonce des allègements de mesures.

Pendant toute l'année, la pandémie a été très difficile dans les milieux de soins tels que les CHSLD et les différents types de ressources d'hébergement. Malgré des efforts soutenus de la part des

équipes cliniques, des équipes de soutien et des usagers et leurs familles, force est de constater que la contagiosité du virus nécessite de redoubler d'efforts pour protéger les membres de notre société les plus fragiles.

#### **4- Sentier thérapeutique Hôpital Pierre-Janet**

L'Hôpital Pierre-Janet inaugurerait en novembre 2021 un nouveau sentier pédestre thérapeutique incluant un terrain multisports, des stations d'exercices et d'animation ainsi qu'une aire de jeux. Ce sentier vise à créer un milieu de vie agréable pour les patients et à améliorer leur condition. Le sentier thérapeutique a pu être possible grâce à la collaboration de la Fondation Santé Gatineau, ainsi qu'à la générosité des donateurs ayant contribué à leurs diverses initiatives de collectes de fonds. D'ailleurs, 5 grands donateurs se sont démarqués en faisant une contribution remarquable à ce projet : Dr Richard Bergeron, psychiatre et instigateur du projet, La Fondation Choquette-Legault, messieurs Daniel et Jean Gauvreau ainsi que le Bell Cause pour la cause.

#### **5- Hébergement de transition pour les personnes en situation d'itinérance**

Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, le CISSS de l'Outaouais et le mandataire Gîte Ami ouvraient un nouvel emplacement visant à accueillir 67 personnes en situation d'itinérance, au Motel Montcalm situé sur le boulevard Gréber à Gatineau. Le projet permettait également de libérer l'Aréna Robert-Guertin qui a offert de l'hébergement pour cette clientèle, en début de pandémie.

Le 25 mars 2022, le CISSS de l'Outaouais avec l'aide des différents partenaires, dont le Gîte Ami, la Ville de Gatineau et les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes en situation d'itinérance, annonçait le renouvellement du Motel Montcalm jusqu'en juin 2023. Depuis la mise en place de cet hébergement au Motel Montcalm, une centaine de personnes en situation d'itinérance ont pu profiter des services qui y sont offerts. De ceux-ci, un total de 41 personnes ont été réintégrées ou ont maintenant un logement. L'une d'entre elles vient d'être acceptée dans une université.

#### **6- Ouverture Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)**

Le 3 mai 2021 est une date marquante pour le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de l'Outaouais qui inaugurerait ses nouveaux locaux à la fine pointe de la technologie, situés sur un étage complet au Campus Outaouais! Le nouvel espace compte plus de 62 salles d'examen comparativement à 27 dans ses anciens locaux. En plus d'être plus nombreuses, les 62 salles sont plus vastes et mieux équipées. Cet espace stimulant pour les professionnels de la santé créera sans aucun doute l'attraction et la rétention des étudiants en médecine pour la région de l'Outaouais. Un total de 34 médecins en résidence y sont supervisés par 30 médecins-superviseurs, et supportés par 50 employés et professionnels de la santé. Un total de 18 000 patients sont traités annuellement au GMF-U, pour un total de 40 000 visites.

#### **7- Maison des aînés et Maison alternative**

En septembre 2021 avait lieu la première pelletée de terre pour la Maison des aînés – Maison alternative (MDAA) de Gatineau dans le secteur Hull, juste à côté du CHSLD Lionel-Émond. Cette MDAA devrait ouvrir ses portes aux premiers résidents au printemps 2023. En réalité, ce premier chantier de construction ne fait que préfigurer d'autres travaux de construction, de rénovation ou d'agrandissement d'installations existantes sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais. À Maniwaki,

dans la Vallée-de-la-Gatineau, c'est le remplacement du CHSLD Père-Guinard qui est en planification. À Buckingham, il s'agit de l'agrandissement du Centre d'hébergement de la Vallée-de-la-Lièvre. À Masham, c'est le CHSLD des Collines qui sera agrandi. Et dans le secteur de Masson-Angers, une autre MDAA verra le jour.

Le réseau de la santé et des services sociaux opère ainsi une révolution dans son offre d'hébergement auprès des aînés et des adultes vivant avec une déficience pour leur offrir un milieu de vie moderne, bien adapté à leurs besoins et à échelle humaine. Au-delà de la brique et du mortier, c'est toute l'offre des services auprès de la clientèle en perte d'autonomie qui est révisée pour mieux répondre à ses besoins en termes de soins et services, de ressources humaines, de technologie de pointe, d'offre alimentaire, d'offre de loisirs et d'activités sociales, ainsi que d'implication de la famille et des proches.

## **8- Projet Aires ouvertes pour nos jeunes**

Aire Ouverte c'est un espace invitant et adapté à la réalité et aux besoins des jeunes de 12 à 25 ans. Aire Ouverte offre des services de tout genre pour nos jeunes. Voyons cet endroit comme une plaque tournante où il n'y a pas de mauvaise question, pas de jugement et surtout qui est accueillants pour nos jeunes.

Aire Ouverte vise également à améliorer la transition entre les services jeunesse et les services adultes afin d'éviter un bris de service, tout en offrant un accueil chaleureux et rapide dans un environnement de proximité pour les jeunes.

Afin de faire connaître le projet dans la population, du matériel promotionnel (crayons, ballons, bloc-notes, bannières) ont été produits afin d'être distribué par l'entremise de kiosques dans les écoles secondaires, Cégep et universités de la région.

Des sondages ont été partagés sur les réseaux sociaux du CISSS de l'Outaouais ainsi que sur le site Web du CISSS de l'Outaouais afin de connaître les besoins des jeunes de la région. Plus de 500 jeunes et parents ont complété le formulaire, ce qui est le plus haut taux de participation à un sondage dans l'organisation.

De la promotion à l'interne dans le CISSSOFIL a été produite et partagée sur la page Facebook du CISSS de l'Outaouais : <https://cisssofil.ca/aire-ouverte-debarque-en-outaouais/> et <https://cisssofil.ca/sonder-pour-mieux-repondre-aux-besoins/>.

Une page Web est en cours de création afin de pouvoir diriger les jeunes, les parents, les partenaires et la population vers la liste de services offerts par l'équipe d'Aire Ouverte Outaouais en plus d'y ajouter les états d'avancements du projet publiés chaque mois : <https://cisssofil.ca/aire-ouverte-debarque-en-outaouais/>

LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LES RESSOURCES HUMAINES,  
MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

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

La pandémie a été longue et difficile pour l'ensemble de la population et aussi, de toute évidence, pour les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Elle a nécessité une incroyable résilience et une capacité d'adaptation incomparable. La 5<sup>e</sup> vague de la pandémie a été particulièrement éprouvante pour les équipes en 2021-2022. Toutefois, comme depuis le début de la pandémie, les équipes n'ont pas hésité à se soutenir dans lors des différentes éclosions. La majorité des milieux de soins et de vies ont été touchés par une éclosion et les équipes médicales, cliniques et techniques n'ont pas hésité à mettre à profits leurs expériences au bénéfices des équipes qui devait composer pour la première fois avec une éclosion.

**Les ressources humaines au cœur de notre organisation**

Afin de pallier la rareté de main-d'œuvre qui a touché l'ensemble des secteurs en 2021-2022, le CISSS de l'Outaouais a dû consacrer des efforts importants dans la mise en place de stratégies de recrutement et de rétention des talents.

L'Outaouais a profité de la campagne provinciale « JeContribue » visant à faciliter l'embauche d'anciens retraités ou de volontaires pour soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. Au 31 mars 2022, 3 179 embauches temporaires avaient été effectuées dans le cadre de ce programme. De plus, à la fin du cycle, le CISSS de l'Outaouais s'est adressé à chacune de ces personnes dans l'objectif de maintenir leur prestation. À la fin de l'année financière, 644 personnes étaient en évaluation dans le cadre de ce processus de régularisation.

L'année 2021-2022 a également été marquée par une intensification du partenariat avec le secteur de l'éducation et de l'enseignement. Plusieurs projets novateurs de formation accélérée ont vu le jour en Outaouais, ciblant des titres d'emploi très en demande, tels que les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, et les agents administratifs aux secteurs cliniques. Plus de 350 bourses ont été octroyées aux candidats dans ces programmes de formation incluant, pour une première fois en Outaouais, une cohorte de 16 étudiants au programme d'infirmières auxiliaires offert à Maniwaki.

L'intégration du personnel nouvellement embauché est essentielle pour en assurer sa rétention. Soulignons à ce chapitre le projet de la Direction de la protection de la jeunesse qui a déployé un programme complet d'accueil des nouveaux employés qui comprend des actions à court, moyen et long terme et qui affiche un taux de rétention de 92 % depuis son implantation!

Le CISSS de l'Outaouais a procédé au lancement de sa nouvelle campagne de recrutement « Viens vivre tes passions ici! » à l'automne 2021. La nouvelle approche, plus jeune et dynamique, met en

vedette nos employés qui expriment leurs passions dans la vie de tous les jours et à leur travail. Ce concept est toujours en évolution et peut être adapté à plusieurs demandes et situations.

La reconnaissance revêt également une importance capitale dans les stratégies de recrutement et de rétention. De nombreuses activités de reconnaissance sont donc au programme tout au long de l'année. À titre d'exemple, soulignons la participation de 500 employés du CISSS de l'Outaouais à la partie de hockey des Olympiques de Gatineau le 17 novembre 2021, grâce à la contribution de la Fondation Santé Gatineau. En plus d'assister à un match gratuitement, les 500 employés du CISSS de l'Outaouais ont été chaudement ovationnés par la population qui assistait à ce match!

La rareté de la main-d'œuvre a eu un impact majeur au CISSS de l'Outaouais au cours de la dernière année financière. La pandémie de la COVID-19 a créé une augmentation rapide des besoins en main-d'œuvre et bien que la campagne « JeContribue » a connu un très grand succès, il faut reconnaître l'impact sans précédent de ce phénomène au CISSS de l'Outaouais. Des décisions difficiles ont dû être prises dans la dernière année, telle que la fermeture temporaire de certaines unités de soins, dont les urgences de Gatineau et St-André-Avellin. Le service d'obstétrique du Pontiac a en également grandement souffert. Malgré des efforts concertés avec les partenaires du milieu, le CISSS de l'Outaouais a été incapable de rouvrir le service si important pour la communauté du territoire du Pontiac. En tout et partout, on estime qu'une centaine de lits ont été temporairement fermés au CISSS de l'Outaouais en 2021-2022.

Le CISSS de l'Outaouais peut compter sur de fiers partenaires afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre. La contribution de la Coopérative ambulancière de l'Outaouais qui a prêté main-forte dans le cadre de la pandémie est un exemple de solidarité et de collaboration dans la région. Celle-ci a déployé des équipes dans les urgences afin de supporter les équipes de même que dans les résidences privées pour aînés (RPA) en éclosion. De plus, les ambulanciers ont contribué largement aux activités de dépistage sans oublier leur contribution importante dans les centres de vaccinations.

### **L'ajustement de notre budget en fonction des grands besoins liés à la COVID-19**

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

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

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

la reprise des activités des blocs opératoires. D'ailleurs, nous avons procédé à la mise en place des partenariats importants avec les Centres médicaux spécialisés (CMS) de l'Outaouais. À ce jour, ce sont plus de 6000 chirurgies qui ont été réalisés par ces partenaires depuis leurs activités de 2021. Ces partenariats sont importants afin de rattraper nos retards en chirurgie causés par la pandémie et répondre au besoin de notre population.

#### 4. LES RÉSULTATS AU REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

<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 %
----------------	-----------------------------------	---	--

##### Résultats des engagements annuels

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	81,85	79,39	84
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	261 947	266 994	266 807
<i>Commentaire</i> Plusieurs médecins avec un grand nombre de patients ont pris leur retraite cette année ce qui n'a pas aidé à améliorer notre pourcentage d'atteinte de la cible pour le pourcentage de québécois inscrits auprès d'un médecin de famille. Les efforts se poursuivent afin d'atteindre la cible.			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	133	140	130
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	17,52	19,75	15
<i>Commentaires</i> 1. Le délai moyen avant prise en charge médicale a augmenté en comparaison avec le 31 mars 2021, plusieurs facteurs y contribuent : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de consultations dans les 3 plus grosses salles d'urgence de la région a augmenté et dépassé les volumétries mesurées dans les années précédant la pandémie.</li> <li>- Lors des vagues de COVID, la réorientation des cas ne nécessitant pas le plateau technique était rendu obligatoire. Avec la diminution des cas, la réorientation se fait à nouveau sur une base volontaire. Il en résulte que plusieurs patients préfèrent rester en attente à l'urgence, le corollaire de cet état de fait est une augmentation du nombre de départ avant prise en charge.</li> <li>- L'impact des lits fermés en lien avec la pénurie de personnel, engendre une congestion physique des salles d'examen. Il en résulte que les médecins ne peuvent voir les patients faute de salles d'examen disponibles. Ceci cause un impact mesurable est une diminution du nombre de patients vus par les médecins de quart. Il faut en conclure que l'allongement du délai dans ce cas précis n'est pas liée au manque de médecins ou à un travail insuffisant de leur part, et bien du décalage entre la disponibilité du médecin et l'environnement de travail adéquat à l'exercice de son art.</li> </ul> 2. La pénurie de main-d'œuvre a provoqué une réorganisation du nombre de lits sur les unités de médecine et de chirurgie. Plusieurs autres facteurs, dont la lourdeur des cas, le temps de désinfection plus grand avec un haut taux d'isolements ainsi que les mesures de prévention des infections dans un contexte de			

COVID. Pour la même période l'an passé, il y a eu une détérioration de la durée moyenne de séjour de 12,4 % pour la clientèle sur civière à l'urgence.

Plusieurs actions sont en cours afin de diminuer la pression sur les urgences :

- Comité interdirectionnel pour la gestion de la fluidité hospitalière;
- Mise en place de la gestion par trajectoires de soins et de services;
- Instauration unité d'hospitalisation brève;
- Clinique d'accès rapide en médecine spécialisée;
- Équipe tactique pour les patients en niveau de soins alternatifs;
- Gestion des durées moyennes de séjour;
- Mise à jour des règlements de l'urgence et de médecine générale.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	680	1 133	559

Commentaires

**Clientèle adulte :**

626 adultes en attente de services spécifiques en santé mentale + 138 en attente de consultations médicales psychiatriques.

Au guichet d'accès santé mentale adulte, nous constatons une croissance des demandes de 6,1% entre 2019-2020 et 2020-2021 et de 10,4% entre 2020-2021 et 2021-2022. Maintien du délai d'attente autour de 66 jours dans les services de première ligne en santé mentale au dernier trimestre : s'explique par le fait que les demandes avec priorité élevée sont toujours priorisées et traitées dans les délais. Parmi les demandes traitées au guichet d'accès, le requis de rencontres individuelles est plus important (vs groupes). Ceci exerce une pression plus importante pour une prise en charge individuelle et diminue la capacité de l'équipe, contribuant à maintenir un nombre important de personnes en attente d'un premier service.

Actions réalisées et porteuses :

Financement récent confirmé du MSSS pour création d'une 3<sup>ème</sup> équipe de suivi intensif dans la communauté et financement obtenu pour rendre permanent les postes temporaires COVID en santé mentale. Poursuite de services achetés de psychothérapie en privé (146 adultes s'en sont prévalus). Ces mesures aideront à l'accès.

Diversification de l'offre de groupe et modalités d'accès aux groupes dès l'étape du guichet d'accès : les rendez-vous immédiatement donnés au guichet pour le premier niveau de services en groupe. Augmentation de 170 % de l'offre de services de groupe dans les 5 réseaux locaux (14 à 24 groupes annuellement). Optimisation de la technologie pour offrir des modalités de communication avec l'utilisateur pour accéder aux services, confirmer ses rendez-vous, etc. Modalités d'intervention rapide dans la communauté mises en place. Bonification de l'ensemble des programmes : dépression, anxiété, fonctionnement personnalité, engagement motivationnel, soutien dans la communauté, premiers épisodes psychotiques. Puis, durant l'année 2022-2023, le CISSS de l'Outaouais implantera un projet-vitrine pour diversifier l'offre de services intensifs en santé mentale, en participant au développement de modèles innovants associés à :

- L'intervention mobile et de relais dans la communauté;
- L'hospitalisation à domicile (ou Traitement intensif bref à domicile);
- Une unité d'intervention brève en milieu hospitalier.

**Clientèle jeunesse :**

Nous constatons une hausse marquée des demandes pour des problématiques de santé mentale chez les jeunes depuis le début de la pandémie: il y a une augmentation des besoins populationnels ainsi que des besoins urgents. D'ailleurs, nous sommes intervenus auprès de 20 % plus de jeunes dans les services

spécifiques comparativement à l'année précédente, et ceci ne suffit pas à limiter le nombre d'utilisateurs en attente. Pour les services spécialisés en santé mentale, nous avons éprouvé un manque de ressources important et sommes en manque d'effectifs médicaux, ce qui explique l'augmentation des utilisateurs en attente dans ce secteur.

Plusieurs actions d'amélioration ont été mises en place afin de réduire les délais d'attente, notamment:

- Appels de bienveillance auprès des utilisateurs en attente afin de réviser la priorité de leur situation et d'offrir des suggestions d'auto-soins au besoin;
- Implantation graduelle des bonnes pratiques du plan québécois pour les troubles mentaux;
- Reprise et développement d'offres de groupe pour les services spécifiques et spécialisés;
- Consolidation d'une équipe d'intervention brève et intensive en réadaptation en santé mentale;
- Ajout d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale au sein de l'équipe spécialisée en santé mentale;
- Offre de temps supplémentaire volontaire par les intervenants des services spécifiques en santé mentale afin de desservir un nombre encore plus grand de jeunes;
- Prise en charge d'utilisateurs en téléconsultation par des intervenants situés à distance pour les territoires faisant face à un grand volume d'utilisateurs en attente pour les services spécifiques en santé mentale;
- Achat de services en psychologie au privé pour desservir gratuitement des jeunes nécessitant ce service;
- Révision de l'offre de services pour les jeunes aux prises avec de multiples problématiques, dont la santé mentale;
- Actions d'amélioration de la santé organisationnelle afin d'agir sur la rétention de notre personnel.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 973	4 454	3 259

*Commentaire*

**Clientèle adulte :**

*Cible atteinte essentiellement par le biais d'une intensité accrue des services offerts en externe et des lits supplémentaires ouverts en réadaptation intensive.*

**Clientèle jeunesse :**

*Dans les services de réadaptation en dépendance jeunesse, nous notons une baisse du nombre de jeunes rejoints par rapport à l'année précédente tant dans les services externes que les services à l'interne. Cette situation est due à plusieurs facteurs reliés à la pandémie, tels que la fermeture des écoles limitant les contacts des intervenants avec la clientèle jeunesse ainsi qu'au délestage des éducateurs et autres intervenants du service ayant été réaffectés dans des secteurs essentiels en pénurie de main-d'œuvre. En février 2022, suite à 10 mois de fermeture, nous avons pu réouvrir partiellement nos services internes en dépendance et accueillir à nouveaux des jeunes.*

*L'année à venir servira à consolider davantage l'organisation de nos services en dépendance, tant dans les services communautaires qu'en réadaptation spécialisée, afin d'officialiser la trajectoire de service pour les jeunes au prise avec des enjeux de dépendance.*

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) <i>A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 moins et moins</i>	63,6	54,2	82
Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	3 178	4 407	2 300
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	96,2	93,3	95
<p><i>Commentaires</i></p> <p>1- <i>La disponibilité des rendez-vous pour des services spécialisés dépend des plages horaires offertes par les spécialistes.</i></p> <p>2- <i>La pénurie de main-d'œuvre qualifiée pour les blocs opératoires a engendré une diminution du nombre de salles d'opération ouvertes. La formation pour acquérir l'expertise en salle d'opération et la rareté des gens intéressés à y œuvrer augmente le niveau de difficulté. De plus, le délestage d'activités qui a eu lieu dans les différentes vagues COVID a eu un impact sur le nombre de chirurgies réalisées et par le fait même en attente. Afin d'élaborer des stratégies et de suivre les avancements, un comité chirurgical a lieu chaque mardi. Plusieurs actions en découlent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'ouverture de trois cliniques médicales spécialisées avec lesquelles les contrats sont en cours de renouvellement et pour lesquelles des spécialités y sont ajoutées;</i></li> <li>- <i>Des stratégies massives de recrutement;</i></li> <li>- <i>L'utilisation du parc de chirurgie régionale est maximisée;</i></li> <li>- <i>Une priorisation quotidienne des cas;</i></li> <li>- <i>Révision des règlements du bloc opératoire;</i></li> <li>- <i>Transformation de certains types de chirurgie AJM en chirurgie d'un jour.</i></li> </ul> <p>3- <i>Les chirurgiens priorisent les chirurgies en oncologie quotidiennement et un comité se réunit toutes les deux semaines. La cible et le taux de chirurgies réalisées dans un délai de 56 jours sont accrus par rapport à la même période l'an passé. Il y a une amélioration de 2,2 % en comparaison à l'an passé.</i></p>			
Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
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	655	672	660
<p><i>Commentaire</i></p> <p><i>Cible atteinte</i></p>			

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	14 957	14 818	13 323
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 297 904	1 620 398	1 124 500
<i>Commentaire</i> <i>Cibles atteintes</i>			
Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt	N/A	262	230
Délai moyen d'attente pour une l'évaluation à la Protection de la jeunesse	18,13	40,23	25
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	61,9	71,2	90
<i>Commentaires</i>			
<p>1- La plateforme de dépistage Agir tôt a été implantée au CISSS de l'Outaouais le 16 septembre 2021. Depuis, nous avons complété 262 cycles de dépistage pour des enfants âgés de 0 à 5 ans ce qui nous a permis de dépasser notre cible de 230. Le dépistage permet d'établir un portrait global du développement de l'enfant et de préciser les indices de difficultés ou de retard afin de l'orienter rapidement vers les bons services. Une augmentation du nombre de dépistages est envisagée pour l'année 2022-2023 en raison de la promotion de cette nouvelle plateforme que nous avons effectuée auprès des GMF et de nos partenaires externes. Une augmentation des références vers les services d'intervention pour soutenir le développement de l'enfant est aussi à prévoir. Nous avons dépassé notre engagement à la hauteur de 113,9 %.</p> <p>2- Les délais d'assignation s'expliquent par le manque de ressource à l'évaluation/orientation : Tout au long de l'année, nous avons oscillé entre 28 à 31 intervenants sur une structure de 58. Donc, en moyenne 22 intervenants manquant tout au long de l'année. Nous avons 5 intervenants bilingues sur 22. Enjeu important au niveau du bilinguisme et difficulté à assigner des enfants et des familles qui sont anglophones.</p> <p>Actions prises pour l'ensemble du processus en protection de la jeunesse : Implantation de notre programme d'accueil/orientation/intégration depuis septembre. Le programme AOI a débuté le 13 septembre 2021. Depuis, ce programme a permis d'accueillir et de soutenir les apprentissages de 35 participants (25 employés et 10 stagiaires) au sein de la direction. Les participants ont complété des sondages portant sur l'évaluation du programme suite à la période d'orientation. Des groupes focus ont également été réalisés auprès des participants. Ces démarches visent à mesurer le niveau d'appréciation du contenu et l'effet du programme sur l'intégration des nouveaux employés. Le taux moyen de satisfaction du programme d'orientation pour la période d'implantation, soit de septembre à décembre 2021, oscille autour de 98 %. Le taux de rétention des employés ayant participé au programme, après une période de 5 mois, est de 92 %.</p>			

*Le programme s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Des sondages sont réalisés après chaque volet du programme.*

- *Mise en place d'une liste d'attente commune à l'évaluation/orientation et à l'application des mesures afin d'avoir une vue d'ensemble sur les enfants en attente et être en mesure de prioriser adéquatement les situations.*
- *Rencontre hebdomadaire avec tous les chefs évaluation/orientation et application des mesures pour une vigie de la liste d'attente.*
- *Vigie des enfants en attente à évaluation/orientation par des appels aux personnes signalantes et à l'école.*
- *Vigie des enfants en attente à AM par des appels aux partenaires et des visites en présence dans le milieu familial et des rencontres avec l'enfant.*
- *Augmentation significative des projets d'entente au tribunal.*
- *Actions mises en place pour le service réception et traitement des signalements.*
- *Projet pilote sur une nouvelle façon de prendre les appels; la personne signalante parle dès le départ à un intervenant en mesure de prendre le signalement. Nous sommes à intégrer un nouveau système téléphonique afin d'être plus efficaces.*
- *Depuis décembre nous avons implanté le projet Élan ; projet d'intégration des services protection/service de proximité. Ainsi, des familles sont dirigées vers les services de première ligne lorsqu'elles sont volontaires à recevoir des services.*
- *Nous avons augmenté de façon très importante le nombre de vérifications terrain. Malgré l'augmentation des signalements en comparaison avec l'année dernière, nous avons retenu moins de signalements.*

3- *En P13 2021-2022, ce sont 71,2 % des enfants âgés de 18 mois qui ont reçu ces vaccins. Ceci s'avère être largement supérieur au résultat de l'an passé (61,9%), mais tout de même sous à la cible de 90%. Les services de vaccination infantile sont particulièrement affectés par de nombreuses annulations et reports de rendez-vous dû aux obligations d'isolement imposées aux familles pour les visites en CLSC lors de présence de symptômes reliés à la COVID-19 ou durant l'attente d'un résultat de dépistage. Afin d'améliorer la gestion des rendez-vous, nous avons implanté une solution informatisée pour la prise de rendez-vous de vaccination 0-5 ans qui sera disponible en mai 2022. Nous offrons aussi des plages de vaccination en soirée.*

**Objectif : Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau**

Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	N/A	42	51

*Commentaire*

*L'engagement à 51 cliniques ne peut pas être atteint à cause de la fermeture de cliniques. Jusqu'à maintenant, nous avons 26 cliniques déjà branchées et 17 qui sont programmées entre le 16 mars 2022 et le 31 Mars 2022. Ensuite nous avons deux autres cliniques qui ne sont pas planifiées mais le MSSS exige que ce soit fait avant le 31 mars 2022. Pour finir notre plus gros enjeu est le branchement des trois CSLC urbains (Gatineau, Hull et Aylmer) qui n'ont pas de DME (dossier médicale électronique) mais qui devront être branchées d'ici le 31 Mars 2022 afin de respecter les injonctions du MSSS.*

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	N/A	1,01	0,98
Ratio de présence au travail	87,70	88,92	87,92
<p><i>Commentaires</i></p> <p>1- La pandémie à laquelle nous faisons face actuellement est venu accroître les besoins en effectifs. Ceci combiné à un contexte de rareté de main-d'œuvre, a poussé l'organisation à recourir à la main-d'œuvre indépendante afin d'assurer des milieux de soins et services accessibles, efficaces et sécuritaires.</p> <p>2- L'amélioration du taux de présence est notamment le reflet de la mise en œuvre de stratégies visant à agir sur les leviers favorables à la santé organisationnelle : la reconnaissance, la qualité de vie au travail, le soutien à la présence, la prévention, la mobilisation du personnel. Un renforcement des équipes de la direction des ressources humaines et des affaires juridiques (DRHAJ) et la priorisation maintenue à offrir un milieu de travail sain, sécuritaire et stimulant par l'ensemble des gestionnaires de l'organisation vont permettre de continuer à impacter positivement la présence au travail du personnel et leur fidélisation.</p>			
Objectif : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
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	N/A	99,43	85
Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	43,5	30*	48
<p>*La saisie a cessé le 4 décembre 2021.</p> <p><i>Commentaires</i></p> <p>1- Depuis l'automatisation de la remise des résultats de laboratoire via la plate-forme Salesforce, l'émission du résultat et la prise en charge du citoyen se font plus rapidement. Le suivi de cet indicateur devient moins pertinent vu la performance des outils technologiques mis à notre disposition.</p> <p>2- Depuis les différents changements ayant eu cours dans les directives ministérielles en lien avec le dépistage et la gestion des cas et contacts de COVID-19, le volume de cas à prendre en charge a été restreint aux différents groupes prioritaires identifiés par le MSSS. Hormis la 5e vague. Les délais de prise en charge des cas ont pu être respectés. Concernant les contacts de cas, ceux-ci ne sont plus pris en charge. Cet indicateur devient donc moins pertinent et ne devrait plus être pris en compte.</p>			
Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cibles 2021-2022 de l'établissement
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	N/A	85,41	80
<p><i>Commentaire</i></p> <p>Engagement dépassé à la hauteur de 106,8 %</p>			

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

---

### 5.1 L'agrément

Le 23 novembre 2021, un plan d'action en lien avec les Pratiques Organisationnelles Requises (POR) fut présenté au Comité d'approbation du type d'agrément. Agrément Canda indiquait qu'à la suite de l'examen du plan d'action, le CISSS de l'Outaouais maintenait son statut d'organisme agréé.

Soulignons que les 9 suivis exigés pour juillet 2021 ont été réalisés dans les délais requis, et ont permis les activités d'amélioration continue suivantes :

- Formation sur milieu de travail sain et respectueux pour le personnel de l'URDM;
- Nouvelle pratique et déploiement d'une liste de vérification des médicaments de niveau d'alerte élevé sur les unités de soins;
- Formation sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé pour le personnel de la pharmacie;
- Mise à jour et adoption de la liste des abréviations à proscrire, incluant le déploiement d'une liste en anglais;
- Mise en chantier d'une démarche et définition d'objectifs concernant les trajectoires des usagers en santé mentale dans les urgences.



En septembre 2021, Agrément Canada indiquait la conformité de 7 des 9 suivis exigés, de même qu'une demande de complément d'information quant à 2 autres. Les équipes ont travaillé à la conformité de ceux-ci pour janvier 2022. Les compléments d'information demandés sont en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables et sont présentement en évaluation.

Malgré le fait que la pandémie ait entraîné le report des visites d'Agrément Canada prévues en 2020 et 2021, des activités se sont poursuivies en continu au sein de l'organisation afin de se préparer pour cette grande occasion. Tout d'abord, la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) a poursuivi ses travaux découlant des visites de 2019 (Séquence 1 et 2) afin de se rendre conforme à certains critères.

L'équipe d'amélioration continue et de la qualité de la DQEPE s'est également déplacée dans plusieurs installations du CISSS de l'Outaouais pour procéder à des visites de contrôle préparatoires à celle d'Agrément Canada. En 2021 et 2022, ce sont près de 30 visites de contrôle qui ont été effectuées par les membres de cette équipe. Pour chacune de ces visites, des bons coups et des éléments d'amélioration ont été transmis aux responsables des unités ou des services visités. La collaboration des équipes terrain a toujours été au rendez-vous et nous profitons de cette occasion pour les remercier.

Toujours dans l'objectif de préparer l'établissement à l'arrivée des visiteurs d'Agrément Canada, c'est l'ensemble de la DQEPE de par sa présence dans différents comités autant stratégiques

qu'opérationnels qu'elle a tenu informé l'ensemble du personnel aux nouveautés et développements de la démarche et qu'elle a assuré un soutien et un accompagnement aux équipes.

Parmi les informations cruciales qu'a partagé la DQEPE à l'ensemble de l'organisation, figurait celle des prochaines dates de visites soient celle du 25 au 30 septembre 2022 (séquence 3) qui concerne l'ensemble des services de santé physique, les services généraux ainsi que la télésanté. Pour les séquences 4 et 5, spécifiques aux services offerts par la DSAPA et la DDR, la visite aura lieu du 26 février au 3 mars 2023. Au total, c'est plus d'une trentaine d'équipes qui œuvrent en continu pour s'assurer de l'application des normes inscrites dans les différents manuels d'évaluation qui s'appliquent à notre organisation et qui alimentent en continu les outils d'accompagnement développés par la DQEPE. Ces outils font état des travaux terminés et ceux en cours de réalisation en fonction de chaque pratique organisationnelle requise, critères à priorité élevée et certains autres critères. Ils identifient clairement aussi les preuves qui doivent être préparées pour les visiteurs.

Une mise à jour des 37 pratiques organisationnelles requises a été effectuée et celles-ci sont disponibles au sein de l'établissement. De plus, 11 rencontres intitulées "Midis apPORtez votre lunch" ont été organisées par la DQEPE afin de permettre aux employés de mieux s'approprier celles-ci :

- Sécurité liée aux pompes à perfusion
- Identification des usagers
- Gestion des événements
- Transfert de l'information aux points de transition des soins
- Prévention du suicide
- BCM - Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins
- Prévention des plaies de pression
- Conformité aux pratiques d'hygiène des mains, et Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains
- Cheminement des usagers
- Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire
- Prévention des chutes et réduction des blessures

La DQEPE, tout comme l'ensemble de l'organisation, fait de la démarche d'Agrément Canada l'une de ses priorités afin de mettre de l'avant et en continu les meilleures pratiques pour offrir les soins et les services à la population.

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

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

Au courant de la dernière année, malgré un contexte de pandémie toujours présent, les différents 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 2021-2022 :

- Le comité de gestion des risques élabore à 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. Chacune des directions cliniques le reçoit de façon trimestrielle et ces rapports sont également diffusés aux gestionnaires des services. Un total de 39 rapports (de niveau tactique et stratégique) a été produit. À cela s'ajoute, la production de données selon les besoins identifiés par les directions.
- Poursuite du projet de décentralisation de la saisie des déclarations AH-223. Au 31 mars 2022, un total de 1469 personnes ont suivi la formation sur la plateforme ENA et 53 personnes ont été formées en présentiel.
- Un calendrier de formation en matière de gestion des risques a été élaboré pour les gestionnaires. 211 gestionnaires ont reçu cette formation.
- Participation à la semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est tenue du 25 au 29 octobre 2021 (publicité, promotion, bandeau sur notre site web et une note de service adressée à l'ensemble du personnel du CISSS de l'Outaouais). Un jeu questionnaire a été préparé et le personnel était invité à y participer. De plus, un webinaire présenté par Excellence en Santé Canada était également offert sous forme d'une discussion virtuelle sur le thème de l'importance des partenaires de soins essentiels et de tenir compte des leçons apprises pendant la pandémie.
- 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);

### 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 10 883 événements déclarés pour l'année 2021-2022. Tel que présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : la

catégorie autre (32,9 %), médicament (22,5 %) et traitement (12,2 %) pour un total de 1522 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	500	32,9 %	4,6 %
MÉDICAMENT	342	22,5 %	3,1 %
TRAITEMENT	186	12,2 %	1,7 %

Total incidents : 1 522

Total événements : 10 883

Source : SSISS

### 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 (57,2 %), médication (17,7 %) et autres (14,2 %) pour un total de 9 361 événements 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
CHUTE/QUASI-CHUTE	5 358	57,2 %	49,2 %
MÉDICAMENT	1 660	17,7 %	15,3 %
AUTRES	1 326	14,2 %	12,2 %

Total incidents : 9 361

Total événements : 10 883

Source SSISS

### 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 :

- Suivi des différents tableaux de bord au sein des équipes tactiques et au comité stratégique;
- 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.

- Analyse de l'ensemble des déclarations d'événements de gravités F et plus dans le registre SISSS. Recherche et analyses systématiques des événements de gravité G-H-I dans le registre SISSS.
- Formation adaptée pour les gestionnaires de même que poursuite de la formation pour le personnel par le biais de la plateforme ENA.
- Révision des procédures en gestion des risques en novembre 2021 :
  - PRO-007 : Procédure de déclaration d'un incident/accident lié à un usager;
  - PRO-008 : Procédure de divulgation de l'information à un usager à la suite à un accident;
  - PRO-009 : Procédure de la gestion des événements sentinelles.
- 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 vagues de la pandémie.

L'équipe en collaboration avec une escouade PCI formée de professionnels et de gens recrutés à travers le programme *JeContribue* ont réalisé plus de 300 visites dans les RPA, les RI et certains organismes communautaires du territoire. Ces visites permettaient d'assurer la validation de l'application des meilleures pratiques de gestion d'éclosion. Lors des visites de l'équipe, il y a eu des audits d'observation et des formations sur le port d'équipement de protection ainsi que sur la désinfection des petits équipements de soins. Différents outils et procédures ont été produits afin de soutenir les équipes dans la gestion de la pandémie tant à l'interne qu'à l'externe du CISSS de l'Outaouais.

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.

Différentes formations ont eu cours visant les travailleurs, les bénévoles et les usagers et leurs proches notamment en matière d'hygiène des mains.

Finalement, l'équipe en cogestion médicale et avec ses partenaires a amorcé l'implantation des ensembles de pratiques exemplaires.

Quelques faits :

- Au début de l'année 2021, il y avait 9 conseillères et une cheffe de service réparties sur le territoire de l'Outaouais en plus d'un microbiologiste infectiologue et d'un officier PCI;
- L'équipe de PCI a assuré une présence 7 jours sur 7;
- L'offre de service PCI en CHSLD a été rédigée;
- Les procédures PRO 159 *Prévention et contrôle des infections-pratique de base* et PRO 160 *Prévention et contrôle des infections- Mesures de précautions additionnelles* ont été adoptées;
- Projet en cours (avec le service d'informatique) afin de trouver une solution pour améliorer et éliminer le traitement manuel qui occasionne une perte d'efficacité.

### **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 2021-2022 par direction clinique :

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

Les mesures exceptionnelles de contrôle sont utilisées lorsqu'il y a un danger potentiel pour la sécurité de l'usager. Les mesures exceptionnelles de contrôle sont inscrites dans le plan de travail et elles sont normalement planifiées. Toutefois, de façon exceptionnelle, une mesure peut être instaurée lors de situation de crise, mais celle-ci est également planifiée et elle fait partie du plan de travail. Dans le contexte de pandémie, lors d'éclotions, ces situations se sont produites à plusieurs occasions.

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

#### Formation

Dans un processus d'amélioration continue, tous les nouveaux employés qui entrent en poste aux unités gériatriques du Centre hospitalier de Hull reçoivent la formation sur les mesures exceptionnelles de contrôle lors du programme d'orientation. Pour les CHSLD, les nouveaux employés orientés ont été sensibilisés aux mesures de contrôle et ont reçu des documents explicatifs. Les monitrices cliniques rendent le cadre de référence ainsi que le protocole « P003 : Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » disponible au personnel.

#### Principaux constats

- Pour 2021-2022, 167 mesures de contrôle (contention et isolement) ont été utilisées dont 67,66% sont planifiées et 2 contentions étaient non planifiées (1,2 %). Pour ce qui est des

isolements, 51 étaient planifiés (30,5 %) et un isolement n'était pas planifié (0,6 %). Pour ce qui est de l'UTRF, il y a eu 6 contentions planifiées et aucune situation d'isolement;

- L'utilisation de mesures de remplacement favorise une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle et l'amélioration de la qualité de vie du résident et de l'utilisateur hospitalisé en attente d'hébergement de même que la diminution de l'agitation de l'utilisateur en unité gériatrique :
  - Respect de la politique, du protocole et de la procédure;
  - Utilisation, par le personnel, des grilles de surveillance lors d'un recours aux mesures exceptionnelles de contrôle;
  - Les mesures utilisées sont en lien avec le plan d'intervention, le plan de soins et le plan de traitement;
  - Une rigueur devra être développée en lien avec l'inscription des mesures au registre.

La priorité de la direction SAPA pour l'année 2021-2022 visait l'action suivante :

- Réduire l'utilisation des mesures 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. Une intervention planifiée concerne des situations connues où le comportement de la personne est prévisible et susceptible de se reproduire et l'intervention non planifiée concerne des interventions réalisées en réponse à un comportement inhabituel et par conséquent, non prévu. La mesure de contrôle ainsi choisie doit être la moins contraignante possible, doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité en assurant le confort de la personne ainsi que l'objet d'une supervision attentive. Il est alors recommandé qu'une rencontre pour l'analyse post situationnelle soit effectuée en présence du gestionnaire et des intervenants impliqués. Cette rencontre doit avoir lieu dans les 24 heures ouvrables suivant l'évènement. Si la mesure est susceptible de se reproduire, il est recommandé qu'une évaluation soit faite par l'équipe terrain afin de mettre en place des stratégies d'intervention plus efficaces et moins contraignantes pour la personne. À la suite de celle-ci et advenant qu'un processus décisionnel en contexte planifié doit débiter, une consultation auprès de l'équipe consultative doit être réalisée.

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

Formation

En 2021-2022, le personnel a bénéficié de la formation en ligne « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle élaborée par le CISSS de Lanaudière » et disponible sur la plateforme ENA.

L'ensemble du personnel concerné à la direction devait être formé. Au 31 mars 2022, 141 employés ont suivi la formation. 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 consultative sur les mesures de contrôle pour présenter la nouvelle procédure sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle dans les milieux fréquentés par les usagers présentant une DI-DP-TSA, excluant l'URFI.

#### Principaux constats

- Pour 2021-2022, 103 mesures ont été utilisées, dont 53 en contexte non planifié et 50 en contexte planifié incluant celle appliquée à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). 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.
- Des validations seront effectuées afin de s'assurer que la fiche de signalement est bien utilisée dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-TSA pour déclarer un maintien physique (contention humaine) ou un isolement (salle de mise au calme, retrait à la chambre, etc.). L'utilisation de toute autre mesure (contention mécanique) en contexte planifié et non planifié n'était pas signalée à l'aide de la fiche de signalement, mais l'était via des grilles d'observation ou d'une note d'évolution au dossier de l'utilisateur. Ces données n'étaient pas accessibles dans les années antérieures.
- 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 multi modale; discussion de cas en rencontre clinique pour obtenir du soutien entre les pairs; consultation clinique interdisciplinaire rassemblant les différents professionnels impliqués dans un dossier, pour rechercher des solutions créatives et innovantes; suivis intensifs et actualisation des recommandations qui en découlent; bonification des programmations d'activités cliniques en vue de mieux répondre aux besoins des usagers; en contexte de pandémie, nous pouvons également ajouter toutes les stratégies mises en place en vue de prévenir le déconditionnement, par exemple : utiliser TEAMS ou ZOOM pour maintenir les liens avec les proches, bonifier la programmation d'activité dans le milieu de vie de la personne; etc.

#### Les priorités pour l'année 2021-2022 visent les actions suivantes :

- Élaborer une présentation spécifique pour la clientèle pédiatrique et offrir cette présentation aux équipes 0-18 ans en soutien à la personne et RIEDP;
- Élaborer une présentation pour l'équipe SAD;
- Reprendre les présentations spécifiques de la procédure de la DDR aux équipes RAC et RNI de la direction;
- Mettre en place des moyens pour colliger l'information concernant les stratégies alternatives à la contention et les résultats obtenus continuellement manqués;
- Analyser la pratique de déclaration comme contention chimique de tous les PRN administrés en RNI;
- Valider la plus-value et la satisfaction des participants au comité consultatif;

- Aller sonder les intervenants qui participent aux sessions de formation afin de valider si cela répond à leurs besoins.

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

Les mesures de contrôle sont principalement utilisées auprès d'une clientèle âgée de 6 à 17 ans qui présente de graves troubles du comportement ou commettent des délits. Certains jeunes desservis dans le cadre de mise sous garde peuvent être âgés de 20 ans. La très grande majorité de celle-ci est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) dans le cadre de la LPJ (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. Ils présentent des comportements de violence envers autrui, d'automutilation ainsi que des comportements à risque suicidaires qui peuvent nécessiter le recours à des mesures exceptionnelles de contrôle afin d'assurer leur sécurité ou celle d'autrui.

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.

### Formation

Des formations ont été offertes en continu sous une forme adaptée aux mesures sanitaires pour les éducateurs et les agents d'intervention quant à la formation OMÉGA. Des formations ont également été offertes en entretien motivationnel aux éducateurs, psychoéducateurs et spécialistes en activité clinique. De plus, des formations diverses ont été suivies en ligne, tel que le Webinaire « Portait de l'utilisation de la contention et de l'isolement dans les foyers de groupe et centre de réadaptation pour jeune en difficulté d'adaptation ».

### Principaux constats

- Comme pour les années précédentes, les mesures de contentions et d'isolement sont majoritairement en CRJDA;
- Les mesures de contrôle ne sont pas autorisées en RI-RTF;
- Très peu de mesures de contrôle sont effectuées en SRD étant donné que les usagers utilisent les services de façon volontaire;
- Pour l'unité de pédiatrie, une contention chimique a été utilisée auprès d'un usager ayant un profil de santé mentale qui était désorganisé;
- Pour le service de pédopsychiatrie, sur un total de 94 enfants hébergés, cinq épisodes d'isolement ont été répertoriés pour cinq (5) jeunes;

- Pour le service d'adopsychiatrie, sur un total de 185 jeunes hébergés, 13 épisodes d'isolement ont été répertoriés (dont deux impliquant une administration médicamenteuse) pour 11 jeunes;
- De façon globale, les proportions de jeunes en CRJDA concernés par les mesures demeurent comparables à l'an passé, soit 35% des jeunes hébergés pour les mesures de contention et 22% pour les mesures d'isolement;
- Le nombre de mesures d'isolement a légèrement diminué de 23 interventions en comparaison avec l'an passé, pour quatre (4) jeunes en moins;
- Le nombre de mesures de contention a, pour sa part, légèrement augmenté de quatorze interventions en comparaison avec l'an passé, mais cela a touché trois (3) jeunes de plus.

#### Les priorités 2021-2022 en CRJDA

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

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

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

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

- *Des mesures alternatives ont été tentées 343 fois avant d'enclencher une mesure de contrôle, soit dans une proportion de 79 %;*
- *Le plan de chambre est un moyen moins intrusif qui a été utilisé 57 fois, soit dans une proportion 13 %;*
- *La présence d'un plan proactif fut notée 16 fois, soit 3,7 % du temps.*

Les mesures exceptionnelles de contrôle utilisées sont: la contention physique, la contention chimique et l'isolement. Les mesures sont planifiées et leur durée est circonscrite. Elles servent plutôt à éviter l'errance et les chutes plutôt qu'à limiter les mouvements en lien avec l'agressivité. Pour la clientèle des personnes âgées, l'utilisation de chaises gériatriques avec table est possible.

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

#### Principaux constats à la DSMD

- Les mesures de contrôle sont moins souvent planifiées (environ 1 fois/3 en 2021-2022) en raison des éléments d'impulsivité et de crise qui sont présents au sein de notre clientèle.
- Cette année, 446 mesures exceptionnelles de contrôle ont été utilisées. Il est à noter qu'il peut y avoir deux mesures de contrôle dans un seul épisode.
- 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.

#### Les priorités pour l'année 2021-2022 visaient les actions suivantes :

Mettre en place des alternatives à l'utilisation des mesures de contrôle (poursuivre les activités de formations et l'implantation du plan proactif) et faire un suivi régulier des situations déclarées comme mesures de contrôle (formation des agent(e)s sur la saisie des déclarations).

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

À la direction des soins infirmiers, les mesures de contrôle ont été appliquées en grande partie sur les unités de soins intensifs, les unités hospitalières et aux urgences. Elles sont utilisées pour la

clientèle à risque de chute avec conséquences, à risque d'agressivité ou de violence envers elle-même et de façon planifiée aux soins intensifs pour éviter l'interférence aux traitements ou pour le risque d'errance ou de fugue. Environ 92 % des mesures de contrôle appliquées aux soins intensifs étaient planifiées alors que sur les unités hospitalières et aux urgences, ce sont des mesures de contrôle non planifiées dans environ 85 % des cas. Un total de 217 contentions ont été notées au registre (diminution de 41 contentions avec l'an passé). 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 cinq points, côtés de lits, demi-porte, table amovible au fauteuil et contention chimique.

#### Principaux constats

On constate que la saisie au registre n'est pas toujours effectuée même si nous disposons d'une procédure adoptée en mars 2018.

#### Les priorités pour l'année 2021-2022 misaient sur :

Un plan d'amélioration continue sur la procédure d'application d'une mesure de contrôle est en cours et se poursuivra durant la prochaine année. Ce plan adressé à l'ensemble des infirmières vise un rappel sur les meilleures pratiques, entre autres, les alternatives à une mesure de contrôle et toute l'importante d'impliquer le proche aidant dans le plan thérapeutique infirmier.

### **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)

En 2021-2022, 481 plaintes administratives et des 194 interventions portées à l'attention de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont mené à la formulation de 41 recommandations adressées soit à l'Établissement, à un organisme communautaire et à des résidences pour personnes âgées. 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
Organisation du milieu et ressources matérielles	Équipement et matériel/Disponibilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encadrement du personnel infirmier au 3<sup>e</sup> Ouest</li> </ul> Respect des règles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure émise sur la communication avec l'utilisateur et son proche lors d'un épisode soins en milieu hospitalier</li> <li>• Analyse des résultats et les moyens mis en place pour adresser la</li> </ul>

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
	<p>gestion globale de l'écllosion de COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la qualité du suivi clinique des deux résidents concernés lors de l'écllosion de COVID-19</li> <li>• Révision de la directive <i>Accommodement - usage de parfums et de produits parfumés</i></li> <li>• Audits de l'application par les directions de la directive <i>Accommodement- usage de parfums et de produits parfumés</i></li> <li>• État de situation de l'application et du déploiement de l'approche <i>Meilleur ensemble</i>.</li> </ul> <p>Sécurité et protection/fugue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encadrement de la pratique infirmière pour évaluation risque suicidaire</li> <li>• Rappel au personnel des urgences de la directive <i>Droits de circulation des usagers adultes inscrits hospitalisés en santé mentale en fonction de leur plan d'encadrement du PAB</i>.</li> </ul> <p>Mécanisme de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du personnel sur la loi visant la lutte contre la maltraitance envers les aînés.</li> </ul> <p>Bris mécanique/amélioration mesures de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats enquête professionnelle</li> </ul>
Relations interpersonnelles	<p>Abus par un intervenant/ autorité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure disciplinaire/démission</li> </ul> <p>Abus par un intervenant/ physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'encadrement du PAB</li> <li>• Formation sur la Loi visant la lutte contre la maltraitance</li> <li>▪ Formation des intervenants sur l'approche auprès des résidents ayant des troubles cognitifs</li> </ul>
Soins et services dispensés	<p>Respect codes des professions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encadrement et formation des professionnels sur la confidentialité</li> <li>• Élaboration et suivi du plan encadrement sur la confidentialité</li> <li>• Plan encadrement du gestionnaire</li> <li>• Enquête clinique avec identification des mesures</li> <li>• Émettre un plan d'action pour encadrer la pratique infirmière</li> </ul> <p>Évaluation et jugement professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de réalisations des mesures et des recommandations en lien avec les critères de garde en établissement</li> </ul> <p>Coordination interne entre les services</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision trajectoire des patients stomisés</li> <li>• Réalisation du plan d'amélioration continue de la qualité</li> </ul> <p>Traitement/intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation sur procédure complétion de l'annexe 12 et sur l'approche des résidents avec des troubles cognitifs</li> </ul> <p>Continuité /insuffisance de service ou ressource</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision mécanismes communications inter quarts</li> <li>• Audit de qualité pour l'administration de médication avec aérodoseur et aérochambre</li> </ul>

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des résultats et la qualité des soins et services incluant le système d'appel à l'aide</li> </ul> Plan d'intervention / Application / suivi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audits des activités sur l'unité prothétique</li> </ul> Évaluation et jugement professionnel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des professionnels à leurs responsabilités d'accompagner les familles/proche aidant dans la recherche de répit auprès des RPA ou autre milieu</li> <li>• Audits des activités sur l'unité prothétique</li> <li>• Audits de la pratique des infirmières du triage</li> </ul> Médication <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la pratique infirmière</li> </ul> Organisation systémique des soins et services/Propre à une ressource non institutionnelle (Entente 108) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi du plan d'action</li> </ul> Interventions <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audits cliniques</li> </ul>
Droits particuliers	Droit à l'information/sur tout incident <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des intervenants à la politique de déclaration des incidents et accidents</li> </ul> Droit à l'information / sur les services et modes d'accès <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation sur la procédure en lien avec l'approche des résidents avec des troubles cognitifs.</li> </ul> Délai triage <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats des audits et encadrement des infirmières du triage</li> </ul> Délais / Services médicaux / urgence <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats des audits sur l'ouverture de l'épisode de soins ainsi que de la qualité des notes au triage à l'urgence de l'hôpital de Hull</li> </ul>
Accessibilité	
Maltraitance	Maltraitance organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'encadrement et mesures prises par le directeur</li> </ul> Par un dispensateur de services / Maltraitance psychologique / violence <ul style="list-style-type: none"> <li>• État de la situation incluant les constats, les mesures et le plan d'action</li> </ul>

### [Le Protecteur du citoyen](#)

En 2021-2022, le Protecteur du Citoyen a traité 28 dossiers en 2<sup>e</sup> recours. De ces 28 dossiers, 16 recommandations ont été formulées à l'Établissement et quatre ont été adressées à des résidences privées pour aînés. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité ont amené les mesures correctives suivantes.

Recommandations	Mesure(s) mise(s) en place
<p><b>Réf. : 2021-01616</b></p> <p>➤ « D'associer les représentants légaux à toute révision des services dispensés à l'utilisateur, incluant son hébergement ».</p>	<p>Travail conjoint avec la famille à trouver une solution résidentielle temporaire et sécuritaire qui correspond aux besoins de l'utilisateur.</p>
<p>➤ « D'élaborer une planification conforme aux orientations ministérielles pour toute médication prescrite de façon épisodique à des fins de contrôle et de protection de l'utilisateur et d'autrui. Implanter cette recommandation dès maintenant ».</p>	<p>Aucune procédure de médication au besoin (PRN) n'a été mise en place, mais le sera si les changements prescrits sont actualisés.</p>
<p><b>Réf. : 2021-00119</b></p> <p>➤ « Sensibiliser les intervenants/ évaluateurs à l'importance de bien départager les faits vérifiés des versions de chacune des parties dans leurs rapports d'évaluation ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information et sensibilisation des intervenants.</li> <li>• Révision des règles de rédaction des rapports de la DPJ.</li> <li>• Sensibilisation des intervenants à la validité des faits dans un rapport d'évaluation du signalement à la DPJ.</li> </ul>
<p>➤ « Rappeler aux intervenants/évaluateurs la nécessité de porter une attention particulière aux mots employés dans leurs rapports afin que ceux-ci reflètent fidèlement les informations recueillies ».</p>	
<p>➤ Rappeler aux intervenant de l'évaluation et orientation des signalements du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais l'importance de nuancer les termes utilisés dans le rapport d'évaluation du signalement, de sorte qu'ils reflètent les faits recueillis et qu'ils ne soient pas contradictoires ».</p>	
<p><b>Réf : 2020-01503</b></p> <p>➤ « Que le CISSS de l'Outaouais et la Coopérative des Paramédics de l'Outaouais offrent à l'ambulancier concerné une formation sur la rédaction du rapport préhospitalier ».</p>	<p>Une formation sur la rédaction du rapport a été effectuée à l'aide du guide de rédaction des documents cliniques par le chef aux opérations de la Coopérative des Paramédics de l'Outaouais (CPO).</p>
<p>➤ « Que le CISSS de l'Outaouais et la Coopérative des Paramédics de l'Outaouais rappellent à l'ambulancier concerné les critères soutenant la décision de ne pas mobiliser un patient ».</p>	<p>Sensibilisation de l'ambulancier</p>

Recommandations	Mesure(s) mise(s) en place
<p>➤ « Que le CISSS de l’Outaouais et la Coopérative des Paramédics de l’Outaouais mesurent à l’aide d’audits tenus à la suite d’interventions de l’ambulancier concerné, si les critères soutenant la décision de mobiliser ou de ne pas mobiliser un patient ont été bien appliqués ».</p>	<p>Audits de la procédure attendue de l’ambulancier.</p>
<p>➤ « Que le CISSS de l’Outaouais procède à l’évaluation des compétences de l’ambulancier concerné et lui fournir s’il y a lieu une formation en fonction des lacunes constatées ».</p>	<p>Évaluation des compétences de l’ambulancier.</p>
<p><b>Réf. : 2020-01841</b></p> <p>➤ « S’assurer que la présence des personnes proches aidantes à l’urgence de l’Hôpital de Gatineau est permise, conformément à la directive ministérielle, et ce, indépendamment de la zone de traitement occupée par l’usager (froide, tiède, chaude) ».</p>	<p>Note de service et rappels émis concernant la présence des proches aidants dans les urgences en temps de COVID.</p>
<p><b>Réf. : 2021-01202</b></p> <p>➤ « D’offrir de la formation aux membres du personnel médical et soignant de l’urgence et des unités psychiatriques de l’Hôpital de Gatineau afin de les sensibiliser aux réalités vécues par les personnes transgenres et sur leurs droits »</p>	<p>En cours de réalisation.</p>
<p>➤ « De prendre les moyens nécessaires, à la suite de la formation offerte au personnel, afin d’assurer la pérennité de la lutte à la transphobie par les membres du personnel médical et soignant de l’Hôpital de Gatineau »</p>	<p>En cours de réalisation.</p>
<p><b>Réf : 2021-00605</b></p> <p>➤ « S’assurer que tous les usagers et usagères réorientés aient donné leur consentement éclairé pour l’envoi des informations confidentielles contenues à la feuille de triage, conformément à l’orientation ministérielle – Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l’urgence, 2021 ».</p>	<p>En cours de réalisation.</p>

Recommandations	Mesure(s) mise(s) en place
➤ « Rappeler au personnel infirmier au triage d'indiquer le consentement ou le refus de l'utilisateur, usagère à la transmission des informations confidentielles. »	En cours de réalisation.
<b>Réf. : 2021-01091</b> ➤ « D'outiller l'intervenant en regard de l'approche à préconiser auprès des familles endeuillées ».	En cours de réalisation.
➤ « De procéder à l'analyse exhaustive de ce dossier afin que soient mis en place les correctifs appropriés, et ce, en considération des constats ci-haut mentionnés ».	En cours de réalisation.

### Le Coroner

En juin 2021, un protocole d'entente a été signé entre le Bureau du coroner et le CISSS de l'Outaouais. Les objectifs de ce protocole sont de préciser les obligations portant sur la communication afin de soutenir une collaboration plus efficace, et ce, dans une perspective d'amélioration des pratiques et de protection de la vie humaine. Le tout se fait dans le respect et facilite les investigations des coroners, précise le mécanisme de suivi des recommandations et précise le mécanisme de révision de l'évènement par le CISSS de l'Outaouais.

Pour l'année 2021-2022, nous avons reçu un total de sept rapports coroner. De ce nombre, un rapport a été amendé et la recommandation a été retirée suite à l'envoi de précisions au bureau du coroner. Donc, sur les six rapports, huit recommandations ont été émises. Pour l'ensemble des rapports, quatre décès sont de cause naturelle, un décès est de nature accidentelle et un décès est de type suicide.

Voici la liste des recommandations adressées à l'établissement et le résumé de quelques mesures mises en place pour donner réponse à celles-ci.

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<b><u>Rapport 2019-04251</u></b> <i>« D'effectuer un suivi serré auprès des ressources non institutionnelles afin de s'assurer que le personnel est qualifié pour accueillir les usagers notamment la clientèle lourdement handicapée et que des inspections soient faites »</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des rencontres d'équipe hebdomadaires ont été instaurées par la conseillère en soins pour bien définir le rôle attendu et les responsabilités de l'infirmière clinicienne et l'infirmière auxiliaire en RNI.</li> <li>• Un calendrier a été établi afin d'augmenter la fréquence de nos présences dans les RNI accueillant de la clientèle lourdement handicapée.</li> <li>• Une formation en continu de la loi 90 est donnée au</li> </ul>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><i>régulièrement par le CISSSO afin de s'assurer que les consignes élaborées par les intervenants du CISSSO dans les plans de soins et les protocoles sont respectés rigoureusement ».</i></p>	<p>personnel des RNI et on s'assure de la mise à jour des autres formations nécessaires en fonction des besoins des usagers (PDSB, approche positive, gestion des risques, etc) est fut réalisée.</p>
<p><b><u>Rapport 2019-03032</u></b></p> <p><i>« Que toutes les résidences privées qui accueillent des usagers du CISSSO soient équipées de défibrillateur pour faire face à un éventuel arrêt cardiorespiratoire d'un résident en attente de services d'urgence »</i></p> <p><i>« Que le personnel soignant affecté aux usagers dans les ressources intermédiaires est composé de personnel formé pour administrer des soins de qualité aux usagers et des manœuvres de réanimation ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concernant les défibrillateurs, des vérifications ont été effectuées et aucune réglementation n'exige la présence d'un DEA dans les lieux publics, les RPA ou autres milieux de vie non institutionnels, incluant les ressources intermédiaires (RI) au Québec. Cette élément a été ramené aux coroners en chef afin que cette procédure soit proposée et discutée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin qu'il puisse y avoir une prise de position pour l'ensemble des établissements de type RPA ou RNI au Québec.</li> <li>• Pour la deuxième recommandation, des validations sont effectuées par les ressources lors de l'embauche de leur personnel.</li> </ul>
<p><b><u>Rapport 2019-07155</u></b></p> <p><i>« À la Direction des soins infirmiers du CISSSO de faire un rappel au personnel infirmier des urgences concernant l'ordonnance collective déjà en vigueur à propos de l'évolution des douleurs rétrosternales. Il sera important d'insister sur les présentations atypiques et les présentations typiques des maladies coronariennes (mais non reconnues comme telles) chez les femmes. Le rappel pourra être sous forme de capsule ou de formation spécifique ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans une optique d'amélioration continue de la compétence professionnelle des infirmières habiletés et assignées dans les aires de triage des salles d'urgence et afin de garantir une qualité et sécurité des soins et des services auprès de la clientèle, la Direction des soins infirmiers a effectué une analyse de la situation clinique et a élaboré un plan d'amélioration continue de la qualité.</li> <li>• Des audits de dossiers ont été faits afin de s'assurer d'un suivi rigoureux quant à la compréhension et l'application du processus de prévention et d'évaluation post-chute.</li> <li>• Ajout d'une capsule d'information en lien avec l'ordonnance collective sur l'évaluation des douleurs rétrosternales (qui est déjà en vigueur) lors des journées de mise à jour du triage.</li> <li>• Un mot et une alerte ont également été publiés dans le journal clinique de l'urgence du CISSS de l'Outaouais.</li> </ul>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><b><u>Rapport 2019-03818</u></b></p> <p><i>« Que le CISSSO entreprenne des démarches pour la mise sur pied d'un dossier médical électronique régional entre ses établissements ou toute autre méthode qu'il jugerait plus efficiente pour assurer un transfert des informations et des communications entre ses établissement et entre son personnel soignant (médecins, infirmier(e)s, afin d'assurer un accès rapide et complet aux données cliniques du patient, peu importe l'établissement du CISSSO.;</i></p> <p><i>« Communique avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans les meilleurs délais, afin de prévoir une formation pratique en milieu de travail au personnel infirmier de ses établissements, en collaboration avec l'OIIQ, sur les interventions cliniques, la documentation pertinente et la prise en charge associées au risque de chute et les présomptions d'impact crânien notamment chez les sujets âgés et d'identifier une ressource-clinique de l'OIIQ pour faire le suivi post-formation avec l'équipe de soins ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des travaux ont été débutés par la Direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI) afin d'obtenir les financements nécessaires au déploiement de ce projet.</li> <li>• Des audits de dossiers ont également été faits afin de corriger les écarts notés et se poursuivront deux fois par année afin de s'assurer d'un suivi rigoureux quant à la compréhension et l'application du processus de prévention et d'évaluation post-chute.</li> <li>• Une formation sur la prévention des chutes et évaluation post-chute est inscrite au plan de développement des ressources humaines (PDRH).</li> <li>• Le mois de novembre étant le mois de la prévention des chutes, une formation obligatoire sur la prévention des chutes au personnel infirmier a également été mis en ligne sur la plateforme numérique ENA.</li> <li>• Le 2 novembre 2021, la règle de soins infirmiers révisée sur l'évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté pour le personnel soignant ainsi qu'un nouveau formulaire sur l'évaluation du risque de chute ont été déposés au portail clinique et envoyés à l'ensemble des directions cliniques pour diffusion au personnel infirmier.</li> <li>• L'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec a élaboré un « guide d'intervention lors de chutes » qui a été envoyé à l'ensemble des infirmiers et infirmières auxiliaires membres de l'OIIAQ.</li> </ul>
<p><b><u>Rapport 2020-06120</u></b></p> <p><i>« D'effectuer une révision dans son ensemble des circonstances entourant la consultation médicale du 7 août 2020 de M. X à l'urgence de l'hôpital de Hull :</i></p> <p><i>-Afin de se doter d'audits de transmission rapide et fluide des informations pertinentes de l'utilisateur</i></p>	<p>En cours de réalisation</p>

Recommandations (rapport)	Mesure(s) mise(s) en place
<p><i>qui permettent aux médecins d'assurer une prise en charge plus efficace des patients dès leur arrivée à l'hôpital;</i>  <i>-Afin de cibler et d'apporter les améliorations organisationnelles jugées nécessaires ».</i></p>	
<p><b><u>Rapport 2021-03101</u></b></p> <p><i>« De faire un rappel aux personnels infirmiers quant à la bonne pratique pour l'évaluation de la douleur ».</i></p>	En cours de réalisation

## Les autres instances

### Les médecins examinateurs

En 2021-2022, de l'analyse et du traitement des 122 dossiers de plaintes portés à l'attention des médecins examinateurs, sept 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.

Recommandations	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
<p>Organisation du milieu et ressources matérielles</p> <p><i>Que le département de médecine générale précise les règles encadrant le créneau horaire optimal des visites médicales pour les évaluations quotidiennes et de routine des patients hospitalisés.</i>  <i>-Que cette règle tienne compte, sans s'y tenir exclusivement, des impératifs liés aux besoins du patient, à une communication de qualité avec les proches, à la collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins multidisciplinaire, ainsi qu'aux besoins de l'installation.</i>  <i>-Cette règle pourrait différer d'un service à l'autre pour tenir compte des réalités locales et cliniques de chaque milieu.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision des règles des visites médicales. (Présentée et en cours de réalisation)</li> </ul>

Recommandations	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
<b>Soins et services dispensés</b>	
<i>Que le délai de lecture des films radiologiques simples au CISSS de l'Outaouais respecte la norme ministérielle de quatre jours avec priorisation des lectures de films radiologiques pour les patients hospitalisés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des normes en radiologie. (Présentée et en cours de réalisation)</li> </ul>
<i>Que les cliniciens qui offrent des services aux usagers en utilisant le plateau technique du département de radiologie puissent avoir accès à des outils pour documenter leurs procédures.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption outils de documentation de procédures médicales en radiologie (Présentée et en cours de réalisation)</li> </ul>
<b>Accessibilité</b>	
<i>Que la direction des services professionnels et de la pertinence clinique assure le maintien du comité multidisciplinaire local (clinique des tumeurs) pour favoriser la collaboration interdisciplinaire et ainsi réduire les délais de prise en charge dans les cas plus complexes de cancer du poumon.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Présentée et en cours de réalisation)</li> </ul>
<i>Que le CISSS de l'Outaouais améliore le processus de communication entre le département de radiologie et les médecins de la région afin que le volume d'activité puisse être mieux réparti dans les établissements de la région.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envoi d'une note de services aux acteurs concernés</li> <li>• Envoi mensuel du rapport des délais en cours aux médecins de l'Outaouais</li> <li>• Rappel au personnel de soutien administratif de l'offre de service dans les autres installations afin de respecter les délais prescrits</li> </ul>
<i>Que le CISSS de l'Outaouais adopte un système informatique centralisé pour la gestion des réquisitions et des dossiers en radiologie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Présentée et en cours de réalisation)</li> </ul>
<i>Que le CISSS de l'Outaouais octroie au service de radiologie suffisamment de ressources humaines pour faire le triage, la repriorisation et le suivi des réquisitions d'examen radiologiques en attendant l'adoption d'un système informatisé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des résultats du sondage.</li> </ul>

## Inspections professionnelles

### L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

En novembre 2021, nous avons reçu la visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour le circuit du médicament au CH de Gatineau. Huit (8) recommandations ont été émises :

Recommandations	Mesures
1 <i>S'assurer dans les plus brefs délais que les actes délégués au niveau des préparations magistrales non stériles fassent l'objet d'un contrôle de la qualité encadré dans le cadre d'une politique et procédure. Confirmer également que tous les actes délégués dans les différentes sphères d'activités font l'objet d'un contrôle de la qualité.</i>	Des contrôles de qualité seront mis en place aux magistraux non stériles en mai 2022.
2 <i>Identifier clairement les médicaments d'alerte élevée qui sont entreposés dans la pharmacie.</i>	Il y a eu une réorganisation des tablettes et l'utilisation d'étiquettes pour mettre en évidence les médicaments d'alerte élevée.
3 <i>Élaborer et déployer une procédure précisant les activités du pharmacien à la validation des ordonnances.</i>	Il y a une procédure existante. Celle-ci sera mise à jour pour inclure le traitement des ordonnances par numérisation.
4 <i>Réévaluer périodiquement, en tenant compte des effectifs disponibles, les heures d'ouverture de la pharmacie afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins des patients et à la mission de l'installation. Fournir un état de situation.</i>	Cette réévaluation est faite en continue.
5 <i>Mettre en place un plan d'urgence en cas de panne ou de problèmes techniques dans la pharmacie qui sera connu de tous.</i>	Un plan sera élaboré.
6 <i>Dans le cadre des travaux amorcés, en collaboration avec les directions concernées, poursuivre les démarches permettant de rendre conforme les réfrigérateurs contenant des médicaments sur les unités de soins et encadrer leur utilisation à l'aide de politiques et procédures. Fournir l'état d'avancement des travaux.</i>	Un plan de rehaussement est en cours avec le GBM pour tous les frigos à médicaments du CISSS de l'Outaouais.

7	<i>En équipe, en corrélation avec les travaux amorcés pour l'ensemble du CISSS, formaliser par écrit les offres de soins, poursuivre leur déploiement tout en s'assurant qu'elles correspondent à la réalité du terrain, répondent aux besoins des patients et sont appliquées uniformément par les pharmaciens. Fournir les offres de soins écrites ainsi qu'un état de situation du déploiement et de sa pérennité.</i>	Des travaux sont en cours.
8	<i>Revoir par des moyens simples l'aménagement et l'emplacement des postes de travail dans le secteur de la validation des ordonnances afin de rendre l'environnement de travail plus propice à la concentration.</i>	Projet pilote effectué la semaine du 21 mars. Expérience positive qui mènera à un changement pérenne. Poursuite des travaux en 2022.

### Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

En septembre 2021, nous avons reçu du Collège des médecins du Québec pour la région du Pontiac. Vingt-sept recommandations ont été émises :

Recommandations	Mesures
<p>15 recommandations en obstétrique touchant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisationnelles en matière d'évaluation de l'acte</li> <li>- Qualité de l'acte</li> <li>- Tenue des dossiers</li> </ul>	<p>Rédaction du mandat d'un comité d'Experts mis en place. 1<sup>re</sup> rencontre tenue le 23 mars 2022. En cours de réalisation.</p>
<p>12 recommandations en médecine de famille touchant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisationnelles en matière d'évaluation de l'acte</li> <li>- Qualité de l'acte</li> <li>- Tenue des dossiers</li> </ul>	<p>Finalisation des règlements de département de médecine générale (votés à l'Assemblée générale du 15 mars 2022); Mise en place d'un comité de rédaction des règlements de service depuis janvier 2022. En cours de réalisation.</p>

### Bureau de Normalisation du Québec (BNQ)

Les laboratoires du CISSS de l'Outaouais ont été visités par l'équipe de BNQ (Bureau de Normalisation du Québec), visite qui s'est étendue sur 10 semaines, à l'automne 2021. Cette équipe évalue nos laboratoires afin de s'assurer d'appliquer tous les critères de qualité édictés par le Conseil canadien des normes.

Cette visite initiale sera répétée en entier, en janvier 2023, et est déjà planifiée, de façon à atteindre l'ensemble des normes et que l'ensemble des travaux s'y rattachant soient produits, appliqués, connus et respectés. Nous aurons un rapport suivant cette visite de janvier 2023.

Cette visite de 2021 a permis d'avoir un regard sur les travaux faits, particulièrement dans la dernière année, mais aussi sur ceux à faire, en collaboration avec les médecins de laboratoire et toute autres direction impliquée.

Les équipes des laboratoires, personnel, gestionnaires et médecins, sont déterminées et engagées à poursuivre ce processus, complexe et obligatoire, mais surtout positif, constructif et visant l'amélioration continue.

### 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 assure la bonification de la prestation de l'offre de service pour le maintien à domicile et la bonification de l'offre aux personnes âgées pour une prise en charge rapide;*
- 2. Que le CISSS de l'Outaouais mette en place des moyens concrets pour favoriser la communication avec tous les types de clientèle;*
- 3. Que la direction générale du CISSS de l'Outaouais poursuive ses rencontres avec le CUCI à une fréquence préétablie entre les parties dans le but de discuter d'enjeux prioritaires et de nouvelles pratiques à mettre en place qui impliquent les usagers;*
- 4. Que, les comités des usagers, de résidents et le CUCI, puissent développer en partenariat, nos propres réseaux sociaux à l'intérieur des modalités et exigences du CISSSO.*

En cours de réalisation pour 2022-2023.

### 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 2021 au 31 mars 2022) :

	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	819	<b>819</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>143</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	128	<b>128</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>410</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)	363	<b>363</b>

*Veillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et centre de réadaptation (CR) en 2021-2022 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://ciss-ouataouais.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. L'année 2021-2022 a encore une fois été une année pandémique où le réseau n'a pas été épargné. L'information était cruciale afin de bien orienter la population à divers niveaux. On pense notamment à la vaccination, aux mesures sanitaires et à l'implication de la Covid-19 dans nos milieux de soins et d'hébergement.

La communication de notre organisation est vitale en tout temps et l'est devenue encore davantage dans le contexte de la pandémie qui nous a accaparés pour une 2<sup>e</sup> année consécutive. Dans ce contexte, nous avons appris à vivre avec la Covid-19 et la fréquence de nos communications a connu une baisse. Notre site Internet et notre page Facebook ont toutefois 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.

### **La communication au cœur de la pandémie...**

- 37 communiqués de presse
- 1 865 demandes médias
- 29 Points de presse
- 6 513 474 pages vues sur le site Web
- 16 610 abonnés Facebook
- 68 capsules vidéo
- 98 bulletins (Info organismes communautaires aînés, Info Famille, Info RI-RTF-RPA, bulletin vaccination)

Malgré le contexte pandémique, les membres du conseil d'administration ont maintenu un contact étroit avec les citoyens de l'ensemble du territoire. Les onze séances régulières et les deux séances spéciales en 2021-2022 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 4 novembre 2021, 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. Au total, plus de 185 citoyens de l'Outaouais ont assisté à ces diverses séances publiques.

### **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, tel le service de l'accès à l'information (RLRQ, c.A-2.1, règlement 2) et les informations relatives au bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

L'équipe du programme 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 les activités des organismes communautaires en affichant, dans la section « *Actualités communautaires* » du site Web : <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/>

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

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

---

L'année 2021-2022 a été des plus prospère en ce qui concerne le programme de soins palliatifs et de fin de vie. Des travaux impliquant plusieurs directions auxquels plusieurs gestionnaires et professionnels ont largement contribué à la planification de différentes mesures, à l'élaboration de certaines structures et à la consolidation de ce qui était déjà en place, avec le résultat que l'offre de service s'est progressivement améliorée dans tous ses aspects, l'accessibilité, la sécurité et la qualité.

On peut citer parmi les réalisations le fait que maintenant, le constat de décès à distance pour les usagers du soutien à domicile soit maintenant possible. Des démarches concertées entre plusieurs instances ont mené à l'informatisation du formulaire sur lequel le niveau d'intervention médicale (NIM) des patients, ce qui améliore sensiblement la consultation rapide du formulaire complété et le suivi clinique associé, élément indispensable dans la prise en charge de clientèles vulnérables.

Nous avons procédé à mise en place d'un projet de support aux proches aidants, grâce à la collaboration de responsable dans les trois maisons de soins palliatifs de la région. À l'hôpital de Hull, nous avons participé au processus de révision de l'organisation du travail pour regrouper les usagers en soins palliatifs et de fin de vie dans des unités de soins spécifiques, afin d'améliorer l'épisode de soins. Nous collaborons à une étude de faisabilité pour développer une maison de soins palliatifs et de fin de vie pour la clientèle pédiatrique de l'Outaouais.

Nous poursuivons aussi nos efforts de formation de tous les acteurs qui gravitent autour de l'utilisateur en soins palliatifs et fin de vie afin d'obtenir un service de qualité pour nos usagers.

En ce qui concerne l'aide médicale à mourir, l'adoption du projet de loi fédéral C.7 le 18 mars 2021 a eu un impact majeur sur l'offre de ce soin à la population. La conséquence directe et concrète a été d'élargir l'accès au soin en assouplissant les règles d'admissibilité. Aussi, la loi a déterminé deux trajectoires distinctes pour l'administration du soin, dépendant de la nature de la maladie grave et incurable en cause et de la nature prévisible ou non de la mort qui y est associée, pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle fragilisée et vulnérable. En conséquence, nous avons dû procéder rapidement à des mises à niveau dans nos procédures et prévoir un plan de formation pour tous les intervenants dans la dispensation de ce soin.

Parallèlement, des travaux ont été entrepris pour consolider l'ensemble des activités reliées aux demandes rapidement croissantes d'AMM : élaboration d'une nouvelle trajectoire pour les demandes d'AMM par la création d'un guichet unique et reprise des activités du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) auquel seront intégrés des représentants de familles partenaires et un membre du comité d'éthique. Ces mesures seront mises en œuvre dès le début de l'année 2022-2023. Par ailleurs, le recrutement des médecins pour administrer l'AMM demeure un défi de taille.

Le tableau illustre le volume de patients qui ont reçu différents services en matière de soins palliatifs et de fin de vie. On note que le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs en centre hospitalier et en CHSLD a augmenté de façon significative, résultat de la priorisation organisationnelle accordée à ces soins.

Pour ce qui est de la sédation palliative continue (SPC), il y a une stabilisation du nombre déclaré d'administration du soin. Nous estimons cependant que l'administration du soin demeure sous-déclarée. Nous poursuivons nos efforts de sensibilisation auprès des médecins, car ils ne pensent pas toujours à déclarer les SPC qu'ils administrent. Nous sommes par ailleurs assurés que les SPC cliniquement indiquées sont dispensées aux patients.

Au plan du soin d'aide médicale à mourir (AMM), nous observons une croissance régulière du nombre de demandes d'AMM et du nombre d'AMM administrées. En 2021-2022, une moyenne de deux (2) AMM ont été administrées par semaine, alors qu'il y a à peine deux (2) ans, 1 AMM était administrée aux 2 semaines. Les causes de cette augmentation sont multifactorielles, étant liées à l'adoption de la loi fédérale C.7 qui a élargi l'accès au soin d'AMM, à une meilleure connaissance des professionnels, des infirmières et des médecins des règles d'accessibilité au soin d'AMM et du fait que la population est plus familière avec la notion d'AMM.

Notons que la collecte de données à l'égard des AMM demeure un défi, malgré tous les efforts consentis depuis la dernière année par l'organisation, tant au niveau de l'obtention des renseignements nécessaires que de leur intégrité. Les données de cette année sont encore trop incomplètes pour être publiées. Des actions posées au cours des derniers mois nous permettent d'être assurés que la situation sera corrigée au cours de l'année à venir.

Par ailleurs, toutes les administrations d'AMM sont vérifiées et validées par le sous-comité de l'acte médical du CMDP et que leur conclusion est à l'effet que tous les soins dispensés sont conformes. La DSPPC pour sa part assure la vigilance et la surveillance des données et du processus.

Au cours de l'année 2022-2023, en matière d'AMM, nous accorderons une priorité à la documentation plus précise des demandes d'AMM non-administrées et la conclusion d'ententes avec les maisons de soins palliatifs pour l'administration d'AMM.

Rapport de la présidente-directrice générale au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais  
 et à la Commission sur les soins de fin de vie  
 (Loi 2, Chapitre III, art. 8)  
 Exercice : 2021-2022 (1er avril 2021 au 31 mars 2022)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3011
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	55
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	114
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	104
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : - Personne a retiré sa demande/a changé d'avis - Personne décédée avant l'administration - Personne ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	13

## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

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

#### Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel CISSS de l'Outaouais (1104-5218)

	Nombre d'emploi au 31 mars 2021			Nombre d'ETC en 2020-2021		
	2021	2021 COVID	2021 Total	2021	2021 COVID	2021 Total
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2 643	159	2 802	2 227	55	2 283
2 - Personne paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 955	516	3 471	2 248	170	2 418
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 574	190	1 764	1 353	51	1 404
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 337	80	2 417	2 029	24	2 053
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	91	40	131	66	10	76
6 - Personnel d'encadrement	332	5	337	319	5	324
8 - Personnel d'embauché temporairement par arrêté ministériel	-	97	97	-	5	5
Total	9 932	1 087	11 019	8 242	320	8 562 <sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> Le montant est de moins 1 considérant que les montants ont été arrondis ne prenant pas compte des décimales et portant à la baisse le chiffre inscrit et transmis du MSSS dans le total 2021.

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

Source : Entrepôt de données LOGIBEC - Cubes PMO (planification de la main-d'œuvre) et Masse salariale, MSSS

## 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 2021-2022

11045218 - CISSS de l'Outaouais	Comparaison sur 364 jours pour 2020-2021		
	2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	617 925	26 115	644 040
2 – Personnel professionnel	2 647 619	73 585	2 721 205
3 – Personnel infirmier	4 117 100	353 667	4 470 767
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 852 479	432 210	8 284 689
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 541 269	53 485	1 594 753
6 – Étudiants et stagiaires	54 777	567	55 344
<b>Total 2021-2022</b>	<b>16 831 168</b>	<b>939 629</b>	<b>17 770 797</b>
<b>Total 2020-2021</b>			<b>16 693 921</b>

<b>Cible 2021-2022</b>	<b>17 770 797</b>
<b>Écart</b>	<b>0</b>
<b>Écart en %</b>	<b>0,0 %</b>

## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

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

**Tableau : Dépenses par programmes-services**

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart *	% **
Programmes services						
Santé publique	44 421 055 \$	3,98%	77 855 311 \$	5,65%	33 434 256 \$	75,27%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	56 086 091 \$	5,02%	78 409 926 \$	5,69%	22 323 835 \$	39,80%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	187 971 808 \$	16,83%	235 783 905 \$	17,12%	47 812 097 \$	25,44%
Déficiences physique	42 621 051 \$	3,82%	48 395 597 \$	3,51%	5 774 546 \$	13,55%
Déficiences intellectuelle et TSA	51 122 134 \$	4,58%	58 658 941 \$	4,26%	7 536 807 \$	14,74%
Jeunes en difficulté	67 453 560 \$	6,04%	80 800 146 \$	5,87%	13 346 586 \$	19,79%
Dépendances	7 780 186 \$	0,70%	9 159 309 \$	0,67%	1 379 123 \$	17,73%
Santé mentale	70 630 129 \$	6,32%	87 922 827 \$	6,39%	17 292 698 \$	24,48%
Santé physique	370 794 928 \$	33,19%	449 151 265 \$	32,62%	78 356 337 \$	21,13%
Programmes soutien						
Administration	60 862 374 \$	5,45%	73 419 957 \$	5,33%	12 557 583 \$	20,63%
Soutien aux services	80 553 898 \$	7,21%	95 581 544 \$	6,94%	15 027 646 \$	18,66%
Gestion des bâtiments et des équipements	76 799 889 \$	6,87%	81 830 225 \$	5,94%	5 030 336 \$	6,55%
<b>Total</b>	<b>1 117 097 103 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 376 968 953 \$</b>	<b>100,00%</b>	<b>259 871 850 \$</b>	<b>23,26%</b>

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

\*\* : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

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

## 8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine avec un surplus de 9 080 224 \$ présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitation : surplus de 2 396 062 \$
- Fonds d'immobilisation : surplus de 6 684 162 \$

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 2021 et le 31 mars 2022, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	8	357 818,95 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	128	7 153 912,90 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>136</b>	<b>7 511 731,85 \$</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 2021-2022 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.

- Le lancement d'un nouveau guichet unique au sein de la DTBI qui permet de recevoir et traiter les demandes d'analyse de technologies de l'information  
**Bénéfices: Simplifier l'accès aux services d'expertise conseil et de projets de la DTBI, améliorer la performance des activités ainsi que le suivi auprès des partenaires et clients.**
- L'implantation d'un nouveau système d'information "index-patient maître" permettant l'identification unique des usagers (phase un de 3 du projet k2)  
**Bénéfices : Améliorer la sécurité des soins et services avec une identification unique de chacun des usagers, faciliter l'accès aux informations des usagers, simplifier la gestion d'informations des usagers et l'informatisation clinique.**
- L'implantation d'un portail intranet organisationnel à l'aide des outils de collaboration 365.  
**Bénéfices : Améliorer la communication et la collaboration auprès du personnel et des médecins et faciliter l'accès aux logiciels utilisés par l'organisation.**
- Le lancement des travaux portant sur l'élaboration d'un plan directeur des technologies pour informatiser le parcours de soins et des services des usagers  
**Bénéfices: Offrir une visibilité claire sur les technologies de l'information nécessaires à un parcours informatisé et diminuer les risques relatifs aux technologies (ex: plan de continuité des services, pilotage des systèmes).**
- L'élaboration d'un plan de modernisation technologique (PMT) permettant d'agir rapidement pour moderniser les outils technologiques  
**Bénéfices : Améliorer la qualité et l'accessibilité des services et les conditions de pratiques du personnel.**
- Le lancement de l'analyse des besoins technologiques du projet de la première maison des aînées et de soins alternatifs  
**Bénéfices : Assurer une meilleure efficience 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.**

- L'implantation d'un portefeuille de projets technologiques qui permet une planification et une gestion stratégique unique.  
**Bénéfices : Maintenir l'alignement des besoins technologiques avec les orientations ministérielles et organisationnelles, faciliter la priorisation des décisions liées aux technologies, améliorer la performance au niveau de la gestion des opérations et des ressources, améliorer la collaboration et la communication avec les partenaires.**
  
- L'implantation d'un système d'informations pour soutenir le déploiement du guichet d'accès à la première ligne (GAP)  
**Bénéfices : Instaurer des conditions favorables à l'inscription à un médecin de famille, améliorer l'accès aux services professionnels et médicaux de première ligne.**
  
- L'implantation d'un système permettant la gestion virtuelle des files d'attentes et des rendez-vous à la nouvelle clinique de prélèvement en milieu urbain  
**Bénéfices : Améliorer la communication avec la clientèle via la messagerie texte, améliorer l'accueil de la clientèle et la gestion du flux, améliorer l'organisation des activités selon la demande.**
  
- Déploiement d'un nouveau portail Web Octopus entièrement conçu et configuré à l'interne.  
**Bénéfices: Moderniser le visuel de l'outil de gestion des demandes de service et d'incident du CISSS de l'Outaouais, permettre l'autonomie complète et le contrôle de l'esthétique et des fonctionnalités proposées à la clientèle nouvelle plateforme de diffusion d'informations techniques mises à la disposition de la clientèle, simplification notable des catégories et des informations à fournir lors du dépôt d'une requête.**
  
- Mise en place d'une équipe dédiée à la configuration et au support des premiers produits Apple distribués dans l'organisation  
**Bénéfices: Accessibilité de nouveaux produits comme des iPhones (cadres supérieurs) et iPad (télésanté, besoins ludiques des bénéficiaires, etc.) pour la clientèle de la DTBI et les bénéficiaires du CISSS de l'Outaouais.**



Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

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 2022
<p><b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b></p> <p>2.1. 6060 &amp; 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 méconvenue. Le système informatique, utilisé principalement à des fins de facturation, cause les absences de plus de 24 heures autres que les hospitalisations, les départs défilants 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.</p>	2017-2018	0510 Observation	<p>Pour la première partie de la recommandation, l'agent de gestion financière de la direction SAPA a rencontré le comité de gestion pour s'assurer de la compréhension des unités de mesure et une vigie au niveau de l'entrée de données. Pour la deuxième partie, il a été décidé d'harmoniser le processus de travail au niveau du CISSSO et d'entrer les congés directement dans SICHED. Donc, le rapport des congés temporaires pourra être produit selon la demande du ministère sans avoir à faire de manipulation manuelle avec Médipatient dont les données ne sont pas toujours justes. Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place. Cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2022-2023.</p>	0610 Partiellement réglé
<p>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 recommandés 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.</p> <p>2.3. 6307 - Services de santé courants (Shawville): Nous avons noté lors de notre audit sur les unités de mesure que le centre d'activités des services courants comptabilisait les patients se présentant à deux reprises dans une même journée pour le même problème comme visites différentes. Ceci est contraire au manuel de gestion financière qui indique que si l'utilisateur se présente deux fois dans la même journée pour un même problème, on ne devrait compter qu'une seule visite si c'est pour la même condition. Nous vous recommandons de mettre en place un processus de révision des unités de mesure enregistrées afin de déceler les exceptions de ce type.</p>	2017-2018	0510 Observation	<p>Unité B : Développement d'une procédure et compilation effectuée depuis janvier 2019 avec un nouvel outil de travail « ARIA ». Les procédures décrites ci-dessus ont été mises en place. Cependant, considérant la situation de la pandémie de COVID-19, les audits des unités de mesure n'ont pas été effectués au cours de cette année. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2022-2023.</p>	0610 Partiellement réglé
<p>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 rétablissement. Nous vous recommandons de mettre en place un processus pour mesurer précisément les mètres cubes des différentes installations du CISSS de l'Outaouais.</p>	2017-2018	0510 Observation	<p>Une note a été envoyée afin de clarifier la méthode de compilation. La compilation adéquate est effectuée depuis le 1er avril 2019. Le gestionnaire du Pontiac a avisé directement les infirmières des services courants au CLSC de Mansfield en avril 2019 et une clarification du MGF a été prodiguée aux différents gestionnaires du centre d'activités 6307 en mai 2019. Une rencontre a eu lieu entre les gestionnaires du centre d'activité et les responsables de l'application I-CLSC pour précision du cadre réglementaire en juin 2019. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2022-2023.</p> <p>Un processus est en cours afin de pouvoir faire les suivis énergétiques des installations. Des indicateurs de suivis et performances en résulteront. Dans le processus de rétablissement de ceux-ci, la révision complète de la méthode du calcul des mètres cubes sera faite pour chacune des installations dont le CISSSO est propriétaire. Une évaluation est prévue lors de l'audit 2022-2023.</p>	0610 Partiellement réglé



Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

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 2022
<b>RAPPORT À LA GOUVERNANCE - 1re PARTIE</b>				
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 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: officialisation des demandes, approbation des demandes, les tests à réaliser incluant la documentation, approbation des modifications apportées, le plan de retour en arrière et la période de rétention de la documentation.	2015-2016	0510 Observation	Une procédure pour documenter la gestion des changements (tâches, étapes à suivre, retour en arrière, etc.) via une demande de services Octopus a été rédigée et approuvée. Considérant la réorganisation occasionnée par la Covid et l'ampleur des travaux de mise en oeuvre, la partie implantation et opérationnalisation n'est pas finalisée.	0610 Partiellement réglé
3.2_Révision des accès - GRH: Les révisions des utilisateurs de l'application GRH et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRH ainsi que sa base de données.	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès GRH pour les employés qui ont quitté le CISSSO a été rédigée et est mise en application. Cette révision a pour objectif de s'assurer que les accès sont retirés en temps opportun. Une seconde procédure concernant la révision des accès privilégiés courants et précisant les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s), est en cours d'élaboration.	0610 Partiellement réglé
3.3_Révision des accès - GRM: Les révisions des utilisateurs de l'application GRM et de sa base de données ne sont pas formelles et ne sont pas documentées, augmentant ainsi le risque que des utilisateurs aient des accès non appropriés. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne l'application GRM ainsi que sa base de données.	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au système GRM a été rédigée et implantée. Cette révision a pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s). Cette procédure est applicable également aux personnes ayant des accès privilégiés.	0610 Partiellement réglé
3.4_Révision des accès - Domaine: Les révisions des utilisateurs du Domaine ne sont pas formelles et ne sont pas documentées. Nous recommandons à la direction de documenter formellement la révision en ce qui concerne le Domaine (les administrateurs réseau au minimum).	2018-2019	0510 Observation	Une procédure formelle de révision des accès des employés qui ont un accès au domaine a été rédigée. Cette révision, sous la forme d'une annexe à la procédure actuelle, a pour objectif de s'assurer que les employés ont les accès dont ils ont strictement besoin dans le cadre de leur travail. Cette procédure précise les différentes instructions de travail à accomplir, les autorisations à avoir, la fréquence de la révision des accès ainsi que la (les) personne(s) responsable(s). Cette procédure sera aussi applicable aux personnes ayant des accès privilégiés. L'application de la procédure sera mise en place en 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
<b>Rapport à la gouvernance</b>				
3.5_Accès privilégiés: Plusieurs utilisateurs ont des accès privilégiés dans les	2018-2019	0510	GRF: La procédure a été rédigée et mise en	0610 Partiellement réglé

Tous les Fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année 0000-0000	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
<p>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>		Observation	<p>application, mais son approbation finale n'a pas été entérinée. 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. 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 Réglié
<p>3.6. Engagements contractuels: Lors de nos procédures d'audit sur les engagements contractuels, nous avons noté que certains engagements inclus à la page 635 ne respectaient pas les critères du manuel de gestion financière pour les engagements. Les divergences notées ont été corrigées par l'Établissement. Nous recommandons que les directions ou services impliqués dans la production des données des obligations contractuelles s'assurent de générer et traiter les engagements conformément aux directives de l'annexe 11 du manuel de gestion financière. Les directions ou services concernés sont responsables de la qualité des données fournies au service des finances.</p>	2018-2019	0510 Observation	<p>La direction des ressources financières a rencontré les approvisionnements en août 2019 et le secteur des RH-RTF en septembre 2019 et janvier 2020 afin de les former aux exigences de l'annexe 11 du manuel de gestion financière qui traite des engagements contractuels. Une rencontre de planification des travaux a eu lieu en janvier 2021 avec les RH-RTF et en février 2021 avec le service des approvisionnements.</p>	0610 Partiellement réglé
<p>3.7. 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>	2019-2020	0510 Observation	<p>Un avis de se conformer à la procédure a été notifié aux intervenants ainsi qu'au fournisseur. Un contrôle additionnel a été mis en place sur les serveurs pour que le fournisseur accède à ceux-ci. Il demeure toutefois des enjeux par rapport aux accès par les fournisseurs d'un système clinique nécessitant un service 24/7.</p>	0620 Non réglé
<p>3.8. Retrait d'accès - GRM : Suite au départ de certains employés, les accès n'ont 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	0510 Observation	<p>Nous allons renforcer le lien entre notre procédure globale 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>3.9. 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	0510 Observation	<p>Cette pratique découle de la méconnaissance des profils de la part des demandeurs d'accès. Nous collaborerons avec les gestionnaires approbateurs des accès pour trouver des outils et un processus qui permettra de préciser les accès à octroyer.</p>	0620 Non réglé
<p>3.10. 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</p>	2021-2022	0510 Observation	<p>La gestion et la révision des accès font partie des pratiques courantes pour GRM, GRH et GRF. Nos outils de suivi devront être davantage documentés afin de refléter la révision effectuée en conformité avec nos procédures existantes. Nous ferons la révision de nos procédures pour nous assurer que celles-ci intègrent les meilleures pratiques dans la mesure du possible.</p>	0620 Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
<p>fonction du rôle et de l'utilisateur.</p> <p>3.11. 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	0510 Observation	Nous allons tester nos procédures de gestion des accès et les revoir au besoin afin de nous conformer à la recommandation.	0620 Non réglé
<p>3.12. 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	0510 Observation	C'est une remarque qui revient. Il semble que c'est une limitation des applications qui empêche de bien respecter les bonnes pratiques en matière de mots de passe recommandées par NIST et décrite dans notre procédure de gestion des accès. Nous prenons bonne note et procéderons aux changements dans la mesure du possible.	0620 Non réglé

## 11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

**Tableau : Divulgence d'actes répréhensibles**

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

<sup>1</sup> Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

<sup>2</sup> Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

<sup>3</sup> Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point

## 12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

---

Le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais reconnaît 166 organismes communautaires. Cent trente-huit (138) 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 2020-2021 et 2021-2022.

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

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

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

1. 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 2023),

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 2020-2021 et 2021-2022**

<b>ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b>		<b>TOTAL ALLOUÉ en mission globale</b>	
		<b>2020-2021</b>	<b>2021-2022</b>
1	Académie des retraités de l'Outaouais	49 057 \$	62 937 \$
2	Accompagnement des femmes immigrantes de l'Outaouais	111 236 \$	118 016 \$
3	Action-Quartiers	79 920 \$	86 199 \$
4	Adojeune inc.	734 136 \$	750 882 \$
5	Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	63 136 \$	64 146 \$
6	Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	10 142 \$	10 304 \$
7	Alliance alimentaire Papineau	87 990 \$	94 398 \$
8	Antre-Hulloises inc.	229 287 \$	237 956 \$
9	Association des neurotraumatisés - Région de l'Outaouais	113 564 \$	120 381 \$
10	Association des personnes vivant avec la douleur chronique	113 318 \$	120 131 \$
11	Association pour l'intégration communautaire de la Vallée de la Gatineau 'La Lanterne'	115 860 \$	122 714 \$
12	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	615 120 \$	629 962 \$
13	Association pour Personnes Exceptionnelles de Papineau Inc.	80 084 \$	81 365 \$
14	Association pour Personnes Handicapées de Papineau	98 607 \$	105 185 \$
15	Association répit communautaire	130 671 \$	137 762 \$
16	Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation	177 219 \$	185 055 \$
17	Avenue des Jeunes	722 435 \$	738 994 \$
18	Banque Alimentaire - Services Entraide	158 100 \$	165 630 \$
19	Banque Alimentaire de la Petite-Nation	79 566 \$	85 839 \$
20	Bouffe Pontiac	113 333 \$	120 146 \$
21	Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	540 905 \$	554 559 \$
22	CAMPUS 3	244 985 \$	253 905 \$
23	CAP Santé Outaouais ( Centre d'activités promotionnelles)	236 161 \$	244 940 \$
24	Centre alimentaire d'Aylmer	134 083 \$	141 228 \$
25	Centre d'action bénévole - A C C E S	178 467 \$	186 322 \$
26	Centre d'action bénévole de Hull	228 038 \$	236 687 \$
27	Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	285 428 \$	294 995 \$
28	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau (CALACS Vallée-de-la-Gatineau)	215 491 \$	218 939 \$
29	Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais (CALAS )	607 276 \$	616 992 \$
30	Centre de ressources Connexions	123 075 \$	125 044 \$
31	Centre d'entraide aux aînés	233 749 \$	242 489 \$
32	Centre des jeunes de Wakefield	87 707 \$	89 110 \$
33	Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais (Clinique des femmes de l'Outaouais)	1 105 310 \$	1 127 995 \$
34	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	676 839 \$	687 669 \$

35	Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	284 907 \$	294 466 \$
36	Centre Inter-Section	597 931 \$	625 167 \$
37	Centre Intervalle Pontiac	376 323 \$	395 598 \$
38	Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	245 776 \$	249 708 \$
39	Centre Kogaluk	127 906 \$	134 952 \$
40	Centre Serge Bélair	91 906 \$	98 376 \$
41	Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet	25 670 \$	26 081 \$
42	Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	35 549 \$	36 118 \$
43	Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	49 363 \$	50 153 \$
44	Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	17 565 \$	17 846 \$
45	Comité régional troisième âge Papineau	209 690 \$	218 045 \$
46	Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	49 361 \$	55 151 \$
47	Diabète Outaouais inc.	48 895 \$	62 772 \$
48	Donnes-toi une chance	463 634 \$	641 000 \$
49	Droits-accès de l'Outaouais	279 798 \$	295 606 \$
50	Entraide familiale de l'Outaouais Inc.	138 139 \$	140 349 \$
51	Entraide-Deuil de l'Outaouais	124 305 \$	134 527 \$
52	Entre deux roues	104 126 \$	110 792 \$
53	Épilepsie Outaouais inc.	104 627 \$	111 301 \$
54	Espace Outaouais inc.	379 257 \$	385 325 \$
55	Être et Devenir	48 895 \$	49 677 \$
56	Femmes de l'Outaouais	48 895 \$	62 772 \$
57	Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	46 864 \$	61 709 \$
58	Groupe communautaire Deschênes	89 179 \$	95 606 \$
59	Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	187 925 \$	268 401 \$
60	Groupe Entre-Femmes de l'Outaouais	60 453 \$	61 420 \$
61	Halte-Femme Haute-Gatineau	795 674 \$	1 001 608 \$
62	Itinérance Zéro	46 841 \$	47 590 \$
63	Jeunesse Idem	83 681 \$	90 020 \$
64	Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	125 958 \$	132 973 \$
65	Journal Le PORTAIL de l'Outaouais	69 981 \$	17 495 \$
66	La Maison Alonzo Wright	78 778 \$	87 364 \$
67	La Maison 'Unies-Vers-Femmes'	880 966 \$	1 084 624 \$
68	La mie de l'Entraide	70 024 \$	76 144 \$
69	La Mie du Partage	14 811 \$	21 248 \$
70	La Pointe aux jeunes inc.	183 717 \$	191 656 \$
71	La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	157 556 \$	165 077 \$
72	La source des jeunes	102 738 \$	109 382 \$
73	La Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais2	153 749 \$	161 209 \$
74	L'Alternative Outaouais	513 456 \$	526 671 \$
75	L'Amicale des handicapés physiques de l'Outaouais	123 878 \$	130 860 \$

76	L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	345 606 \$	363 778 \$
77	L'Arche Outaouais inc.	555 110 \$	602 372 \$
78	L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	187 368 \$	195 366 \$
79	L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	93 818 \$	100 319 \$
80	L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	114 358 \$	121 188 \$
81	L'Autre chez soi inc.	897 792 \$	1 124 494 \$
82	Le Boulev-Art de la Vallée	981 879 \$	1 022 907 \$
83	Le Centre Actu-Elle	235 358 \$	244 124 \$
84	Le Centre d'action bénévole de Gatineau	228 529 \$	237 185 \$
85	Le Centre d'entraide La Destinée	233 996 \$	242 740 \$
86	Le Centre Mechtilde	905 119 \$	1 073 079 \$
87	Le Gîte Ami	1 005 812 \$	1 026 905 \$
88	Le Grenier des Collines	91 948 \$	98 419 \$
89	Le Jardin Éducatif du Pontiac	118 660 \$	125 559 \$
90	Le Mashado	194 522 \$	202 634 \$
91	Le Mont d'Or	126 711 \$	133 738 \$
92	L'Entourelle	843 821 \$	1 020 006 \$
93	L'Entraide de la Vallée	110 145 \$	116 907 \$
94	L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	105 810 \$	115 368 \$
95	L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	131 603 \$	133 709 \$
96	Les ami(e)s du Manoir St-Joseph	76 433 \$	79 156 \$
97	Les Apprentis (Centre d'apprentissage pour la déficience intellectuelle)	210 977 \$	219 353 \$
98	Les Grands Frères Grandes Soeurs Inc.	72 426 \$	78 585 \$
99	Les Habitations Nouveau Départ	366 384 \$	385 302 \$
100	Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	173 724 \$	181 504 \$
101	Les Maisons des jeunes du Pontiac	276 613 \$	286 039 \$
102	Les Oeuvres Isidore Ostiguy	139 136 \$	146 362 \$
103	L'Impact - Rivière Gatineau	359 062 \$	500 378 \$
104	Logement intégré de Hull inc.	945 261 \$	965 385 \$
105	M-Ado Jeunes	204 167 \$	212 434 \$
106	Maison amitié de la Haute-Gatineau	401 540 \$	407 965 \$
107	Maison communautaire Daniel-Johnson	94 311 \$	100 820 \$
108	Maison d'accueil Mutchmore	83 681 \$	85 020 \$
109	Maison de jeunes Val-Jeunesse	102 738 \$	109 382 \$
110	Maison de l'Amitié de Hull	79 147 \$	85 413 \$
111	Maison de Quartier Notre-Dame	89 923 \$	91 362 \$
112	Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	843 821 \$	1 025 447 \$
113	Maison le Ricochet	698 985 \$	729 851 \$
114	Maison Libère-Elles	843 829 \$	1 009 128 \$
115	Maison-Réalité Inc	908 782 \$	947 184 \$
116	Mani-Jeunes Inc.	76 516 \$	163 899 \$

117	Moisson Outaouais	138 089 \$	145 298 \$
118	Mon Chez-Nous Incorporée	190 814 \$	198 867 \$
119	Naissance-Renaissance Outaouais	176 157 \$	183 976 \$
120	Parkinson Outaouais	26 272 \$	50 862 \$
121	Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	342 336 \$	352 814 \$
122	Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	143 535 \$	145 832 \$
123	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	60 434 \$	68 697 \$
124	Réseau Outaouais ISP	0 \$	26 149 \$
125	Saga Jeunesse	141 934 \$	149 205 \$
126	Salon des jeunes de Thurso	101 928 \$	108 559 \$
127	Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale S. A. I. S.	31 348 \$	31 850 \$
128	Société Alzheimer Outaouais	570 847 \$	622 760 \$
129	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	30 578 \$	66 157 \$
130	SOS Contact AI-To Inc	101 263 \$	107 883 \$
131	Soupe populaire de Hull Inc.	394 817 \$	406 134 \$
132	Suicide Détour	158 334 \$	169 778 \$
133	Table Autonome des Aînés des Collines	61 968 \$	67 959 \$
134	Table de Bethléem / Œuvres d'Edna Charrette	26 331 \$	50 862 \$
135	Tel-Aide Outaouais (Québec)	167 998 \$	179 790 \$
136	Trait d'Union Outaouais inc.	661 103 \$	676 681 \$
137	Transport de l'âge d'or Campbell's Bay	46 791 \$	47 540 \$
138	Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau	57 744 \$	66 658 \$
<b>TOTAL</b>		<b>34 605 084 \$</b>	<b>37 620 792 \$</b>

**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.....	84
Section 1.....	85
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	85
1.1 Objectifs généraux .....	85
1.2 Fondement légal.....	85
1.3 Définitions .....	86
1.4 Champ d'application .....	87
1.5 Disposition finale.....	87
1.6 Diffusion .....	87
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	88
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> .....	95
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
Annexe I – Engagement et affirmation du membre .....	100
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.....	105
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen .....	106

## **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 lobbying* (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 