

Québec 

**Rapport annuel** | **2023**  
de gestion | **2024**

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

**Une publication de :**

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

80, avenue Gatineau

Gatineau (Québec) J8T 4J3

Téléphone : 819-966-6000

Site Web : [www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca](http://www.ciass-outaouais.gouv.qc.ca)

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

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

**Édition**

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

**Diffusion**

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

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

## 1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

---

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais vous présente son rapport annuel de gestion couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024, une période qui s'est déroulée sous le thème de la transition.

D'abord, soulignons l'adoption le 8 décembre 2023 de la Loi 15 visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Les 12 chantiers mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont été très actifs et les effets de cette loi se feront sentir au cours du prochain exercice financier..

Notons également l'entrée en poste du nouveau président-directeur général (PDG), Dr Marc Bilodeau en janvier 2024, mettant fin à une période intérimaire d'une durée d'une année, assurée par M. Yves St-Onge. Les 100 premiers jours du mandat du nouveau PDG lui ont permis de prendre la mesure des défis auxquels le CISSS fait face et de s'attaquer aux plus urgents d'entre eux. Ses premières impressions ont d'ailleurs été consignées dans un rapport d'étonnement déposé en juillet 2024, qui met en lumière les forces, les défis et propose des pistes d'amélioration pour l'organisation. Au premier rang : la grande pénurie de main-d'œuvre, vécue de façon particulièrement aigüe en Outaouais qui doit rivaliser avec les autres employeurs de la Capitale fédérale pour attirer les travailleurs. Cette pénurie a un impact direct sur l'accès et la qualité de nos soins et services et affecte plusieurs de nos services.

Les derniers mois ont également permis de constater le dévouement, la résilience et la fierté des équipes de travail sur l'ensemble du territoire. Le PDG a d'ailleurs débuté son mandat en faisant la tournée des installations et partout, il a rencontré des employés mobilisés à offrir les meilleurs soins et services possibles à la population. On constate aussi que la mise en place des Directions des réseaux locaux de services et l'ouverture des points de services locaux a permis d'améliorer les communications avec les communautés locales.

Parmi les grands chantiers de la dernière année, il importe de noter l'administration provisoire de la Résidence intermédiaire la Victorienne, rétablissant des services sécuritaires et de qualité à une clientèle fragile; cette administration s'est conclue avec l'acquisition de la ressource qui est par le fait même devenu le Centre de réadaptation du Parc du Lac-Beauchamp. Avec l'aide des autorités ministérielles, le CISSS a été en mesure de redresser la barre et de déployer une solution pérenne et unique au Québec, en un temps très limité.

Les travaux de construction des maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA) sur notre territoire ont connu des moments importants : ouverture à l'automne dernier de la MDA-MA du Parc-de-la-Montagne (Hull); progression constante des travaux de la MDA-MA du secteur Est de Gatineau (Masson); finalisation des plans et devis du projet Vallée-de-la-lièvre; première pelletée de terre de

la MDA-MA de Maniwaki, qui mettra fin à un risque permanent d'inondation au CHSLD Père Guinard. La consolidation de nos services de soutien à domicile permet aussi de mieux soutenir les personnes âgées de notre territoire et de combler en partie le manque de places en hébergement en Outaouais.

Des efforts renouvelés ont été investis dans les secteurs de la jeunesse. L'implantation d'un projet novateur de blitz de main-d'œuvre a permis de faire diminuer les listes d'attente en protection de la jeunesse, secteur lourdement touché par la pénurie. L'ouverture de locaux « Aire ouverte » a apporté un nouvel environnement mieux adapté aux réalités de la clientèle jeunesse.

Bien sûr, la crise nationale vécue dans le domaine de l'itinérance touche sévèrement l'Outaouais et celle-ci nécessite l'implication de nos équipes qui collaborent étroitement avec l'ensemble des partenaires et des organismes communautaires. Le déploiement d'une quarantaine de places de transition au Motel Montcalm a amélioré l'offre de services aux personnes en situation d'itinérance.

En terminant, le CISSS de l'Outaouais désire reconnaître l'apport de l'ensemble de ses partenaires internes, tels que les employés, gestionnaires, médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, les bénévoles, les usagers/résidents partenaires, les syndicats, les comités des usagers et de résidents, les Fondations, les conseils professionnels, ainsi que les partenaires externes, notamment les organismes communautaires qui occupent un rôle essentiel dans la santé et le mieux-être de la population de l'Outaouais. Mais surtout, nous désirons assurer la population qu'elle demeure au centre de nos interventions et de nos préoccupations. Même si les difficultés sont bien réelles, nous sommes plus que jamais engagés à développer des solutions durables.



Le président du conseil d'administration  
Michel Roy



Le président-directeur général  
Dr Marc Bilodeau

## 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.....	10
3.3 Les faits saillants .....	15
<b>4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ</b> .....	<b>19</b>
<b>5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b> .....	<b>25</b>
5.1 L'agrément.....	25
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services .....	27
5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission.....	47
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	47
5.5 L'information et la consultation de la population .....	48
<b>6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE</b> .....	<b>49</b>
<b>7. LES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	<b>52</b>
7.1 Les ressources humaines du CISSS de l'Outaouais .....	52
7.2 La gestion et contrôle des effectifs pour le CISSS de l'Outaouais .....	52
<b>8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES</b> .....	<b>53</b>
8.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	53
8.2 L'équilibre budgétaire.....	54
8.3 Les contrats de service .....	54
<b>9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES</b> .....	<b>55</b>
<b>10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT</b> .....	<b>58</b>
<b>11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES</b> .....	<b>58</b>
<b>12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</b> .....	<b>59</b>
<b>ANNEXE – Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs</b> .....	<b>65</b>

## SIGLES ET ACRONYMES

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

<i>LSSS</i>	Loi sur les services de santé et les services sociaux	<i>RTF</i>	Ressource de type familial
<i>MRC</i>	Municipalité régionale de comté	<i>MDAA</i>	Maison des aînés et alternatives
<i>MSSS</i>	Ministère de la Santé et des Services sociaux	<i>SAD</i>	Service à domicile
<i>MTQ</i>	Ministère des transports du Québec	<i>SCT</i>	Secrétariat du Conseil du trésor
<i>MU</i>	Mission universitaire	<i>SISSS</i>	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
<i>NIM</i>	Niveau d'intervention médicale	<i>SPC</i>	Sédation palliative continue
<i>OIIAQ</i>	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	<i>SQI</i>	Société québécoise des infrastructures
<i>OPQ</i>	Ordre des pharmaciens du Québec	<i>SRD</i>	Service de réadaptation dépendance
<i>PAB</i>	Préposé aux bénéficiaires	<i>STO</i>	Société de transport de l'Outaouais
<i>PACQ</i>	Plan d'amélioration continu de la qualité	<i>TROCAO</i>	Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
<i>PDRH</i>	Plan de développement des ressources humaines	<i>TSA</i>	Trouble du spectre de l'autisme
<i>PDSB</i>	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires	<i>UMF</i>	Unité de médecine familiale
<i>PMT</i>	Plan de modernisation technologique	<i>URDM</i>	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
<i>POR</i>	Pratique organisationnelle requise	<i>URFI</i>	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
<i>PRN</i>	Procédure de médication prescrite au besoin	<i>UTRF</i>	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle
<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		

## 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 2023-2024 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 2024.

Le président-directeur général,



Marc Bilodeau

## 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 **408 979 habitants en 2022\***. La région de l'Outaouais est composée de 67 municipalités locales et 6 territoires non organisés répartis dans 5 municipalités régionales de comté (MRC). Elle couvre un territoire de plus de 34 077 km<sup>2</sup>.

Son siège social est situé à l'adresse suivante :

80, avenue Gatineau  
Gatineau (Québec) J8T 4J3

Au 31 mars 2024, on comptait 12 800 employés, 706 médecins, dentistes, pharmaciens et 12 sages-femmes et l'établissement gère un budget de plus de 1.2M.

#### MISSION – VISION – VALEURS

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

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

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

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

- Nous sommes engagés envers la qualité et la sécurité de nos services, dans le respect de l'unicité des usagers et la recherche constante d'innovation, ce qui nous amène à nous dépasser ;
- Nous faisons face aux défis stimulants qui nous attendent, en nous appuyant sur le talent et la passion de nos employés et de nos partenaires, qui croient qu'il y a toujours une meilleure façon de faire les choses et ce, dans une pratique collaborative ;
- Nous nous engageons à faire des choix écoresponsables dans nos modes de consommation et de production à tous les niveaux au sein de l'organisation et ce, tant au niveau social, environnemental et économique.

---

Source : Institut de la statistique du Québec

## **Les valeurs du CISSS de l'Outaouais**

### **Excellence**

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

### **Partenariat**

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

### **Bienveillance**

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

### **Engagement**

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

## **LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS**

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

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

### **Centre hospitalier**

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

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

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

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

- Services de nature psychosociale, dont les services d'urgence sociale, pour les jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ;

- Services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise pour la garde d'enfants, d'adoption et de la recherche des antécédents biologiques.

### **Centre de réadaptation**

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

### **AFFILIATIONS UNIVERSITAIRES DU CISSS DE L'OUTAOUAIS**

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

### **LA VOCATION SUPRARÉGIONALE**

Le département de radio-oncologie du CISSS de l'Outaouais offre un service ultraspécialisé desservant la région 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 2024)**

#### **Membres désignés**

- Mme Catherine Janelle – Comité régional sur les services pharmaceutiques
- Mme Karine Laplante – Conseil des infirmières et infirmiers
- M. Mathieu Ouellet – Conseil multidisciplinaire (incluant les sages-femmes)
- Mme Claire Major – Comité des usagers
- Dre Valérie Caron – Département régional de médecine générale
- Dre Natalie Therriault – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

#### **Membres nommés**

- Dr Marc Bilodeau – Président-directeur général du CISSS de l'Outaouais - Secrétaire du conseil d'administration
- M. Dave Blackburn – Milieu de l'enseignement

#### **Membres indépendants**

- M. Michel Roy – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité - Président du conseil d'administration
- Mme Christiane Morin-Carle - Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux - Vice-présidente du conseil d'administration
- M. Ousmane Alkaly – Compétence en ressources immobilières informationnelles ou humaines
- M. Rémi Bertrand – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- Mme Marie-Christine Fournier – Expertise en protection de la jeunesse
- M. Xavier Lecat – Expertise dans les organismes communautaires
- VACANT – Expertise en réadaptation
- VACANT – Expertise en santé mentale
- VACANT - Compétence en gouvernance et éthique

#### **Fondation Observateur**

- M. Luc Cadieux - Fondation Santé Gatineau

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

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

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

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

#### Les comités du conseil d'administration

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

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

#### Les conseils professionnels

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

#### Les autres comités et instances consultatives

- Comité directeur du Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de l'Outaouais
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Comité de gestion des risques stratégique (CGRi)
- Comité stratégique en prévention des infections (CSPI)
- Comité d'éthique de la recherche (CER)
- Comité de coordination d'éthique clinique (CCEC)

- Comité central d'évaluation de l'acte médical (CEAM)
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI)
- Comité du réseau local de services de la Vallée-de-la-Gatineau
- Comité du réseau local de services de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation
- Comité territorial de vigie du RLS des Collines
- Comité du réseau local de services du Pontiac

### 3.3 Les faits saillants

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

#### **Inauguration du centre Le Domaine Perce-Neige**

Le Domaine Perce-Neige est le premier centre de traitement des dépendances à ouvrir ses portes en Outaouais. L'ouverture officielle a eu lieu en mai 2023 à Gatineau sur le boulevard Lorrain. Le centre pourra accueillir la clientèle avec ses 78 lits. Ces personnes pourront entamer 20 semaines de thérapie. Cette clientèle aura accès à du personnel formé en psychoéducation, psychologie, toxicomanie, travail social et criminologie. Dès son arrivée, la personne hébergée pourra rencontrer un médecin si c'est nécessaire. Un suivi individuel sera aussi possible une fois la thérapie terminée.

Les résidents de l'Outaouais aux prises avec un problème de dépendance et qui souhaitent y mettre fin n'auront plus à faire des centaines de kilomètres de route pour recevoir des services spécialisés et d'hébergement, ce qui est accueilli comme une excellente nouvelle!

#### **Feux de forêt**

En juin 2023, la qualité de l'air de l'Outaouais a été affectée par la fumée des feux de forêt. La direction de santé publique du CISSS de l'Outaouais a émis des recommandations à la population notamment pour les personnes avec des problèmes pulmonaires. Plusieurs mesures d'atténuation des effets ont été instaurées chez nos résidents en CHSLD et nous avons également soutenu les communautés autochtones au nord de l'Outaouais qui étaient très proches des feux et qui ont dû évacués. L'organisation a été fortement mobilisée afin d'assurer des services et des soins de santé et de services sociaux durant cette période où la qualité de l'air était mauvaise.

## **Mise en place des points de service locaux**

À l'été 2022, une grande transformation a débuté dans l'ensemble des régions du Québec. Le MSSS a déployé une stratégie pour améliorer l'accessibilité des soins de première ligne pour la population. Dans l'atteinte de certains objectifs établis dans le Plan Santé, les centres de vaccination, jadis utilisés pour la vaccination massive contre la COVID-19 et l'influenza, sont devenus des Points de service locaux.

C'est au cours de l'année 2023 que les sept [Points de service locaux](#) de la région ont été créés : Gatineau, Aylmer, Vallée-de-la-Lièvre, Petite Nation, La Pêche, Maniwaki et Pontiac.

Les points de service locaux offrent à la population de l'Outaouais des services de vaccination, de prélèvements et de dépistage. Ils contribuent à améliorer l'accès aux services de santé préventifs, notamment grâce à une prise de rendez-vous plus facile via Clic Santé.

Voici l'offre de service des Points de service locaux :

- Vaccination contre la COVID-19 et l'influenza et pneumocoque
- Vaccination contre le zona
- Dépistage ou la détection de la COVID-19 et de l'influenza
- Dépistage du cancer colorectal
- Dépistage du streptocoque A
- Distribution de tests rapides
- Vaccination mobile, notamment dans les milieux de vie et les écoles
- Vaccination prévue par le Programme québécois d'immunisation chez les adultes

## **Administration provisoire de la Victorienne**

En septembre 2023, le CISSS de l'Outaouais a pris entièrement en charge l'administration de la RI La Victorienne. La prise en charge de la ressource a permis de mieux structurer le fonctionnement de la ressource, de revoir les processus en place et de soutenir le personnel. L'administration provisoire s'est poursuivie jusqu'en avril 2024, moment où nous avons racheté le bâtiment et pris en charge les résidents. Cette nouvelle installation du CISSS se nomme désormais : le Centre de réadaptation du Parc-du-Lac-Beauchamp.

## **Formation des premiers répondants aux pompiers de la Ville de Gatineau**

La Ville de Gatineau, le CISSS de l'Outaouais et le Centre de communication santé de l'Outaouais (CCSO) ont conclu une entente de collaboration pour la mise en place du service de premier répondant de niveau 1 (PR-1) à Gatineau en septembre 2023. Le passage au service PR-1 permet aux pompiers du Service de sécurité incendie de Gatineau (SSIG) d'intégrer officiellement la chaîne de soins préhospitaliers d'urgence à titre de premiers répondants. Ce service favorise une optimisation de la prise en charge des personnes en situation de détresse dès les premières minutes et à la mise en place, le plus tôt possible, d'une chaîne de survie pour venir rapidement en aide aux personnes

présentant une situation médicale très urgente, dite chrono-dépendante. L'objectif est de stabiliser leur état et, le cas échéant, de débiter dans les plus courts délais des manœuvres de réanimation.

### **Annnonce EMIPIC Maniwaki**

Le CISSS de l'Outaouais et la Sûreté du Québec (SQ), en collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Maniwaki ainsi que la communauté du Lac Barrière, ont présenté officiellement en octobre 2023 à Maniwaki la nouvelle équipe mixte d'intervention – policiers et intervenants communautaires (ÉMIPIC) desservant le territoire de la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau. Cette collaboration entre les trois partenaires permet de répondre adéquatement aux besoins spécifiques des clientèles vulnérables, allochtones et autochtones, et d'offrir des services culturellement adaptés, grâce à la mise en commun des compétences respectives. La mission principale de l'ÉMIPIC consiste à favoriser une orientation rapide des personnes en situation de vulnérabilité vers les ressources d'aide du réseau public et communautaire et des ressources d'aide disponibles dans les communautés autochtones avoisinantes.

### **Inauguration Aire Ouverte**

Après plus de deux ans de travaux de co-construction avec les jeunes et les partenaires de la communauté, l'équipe d'Aire ouverte, les jeunes et les partenaires ont fièrement inauguré le premier site en Outaouais en octobre 2023. C'est une bonne nouvelle pour les jeunes de 12-25 ans de la région ainsi que leurs proches. Ils peuvent désormais obtenir des services de santé et bien-être dans une atmosphère accueillante et adaptée à leur goût.

Les locaux, situés au 92, boulevard St-Raymond à Gatineau, ont dû être aménagés au goût du jour pour pouvoir recevoir une clientèle plus jeune. Aire ouverte Outaouais est un endroit sécuritaire pour les personnes qui le fréquentent. Il était donc de mise de rendre l'endroit confortable et invitant. C'est chose faite grâce à l'aide des comités de jeunes qui ont fait subir aux locaux tout un méchant changement!

C'est le lundi 2 octobre 2023 que le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, ainsi que la députée de Hull, Suzanne Tremblay, ont parti le bal des inaugurations des locaux. Lors de sa visite, M. Carmant a eu l'honneur de visiter en exclusivité les lieux avec les membres du personnel et les jeunes partenaires. Une 2<sup>e</sup> inauguration s'est tenue ensuite avec les partenaires du CISSS de l'Outaouais le 6 octobre 2023. Remplis de fierté, les jeunes partenaires ont fait visiter les locaux aux nombreuses personnes impliquées dans le projet.

### **Ouverture de l'unité brève en psychiatrie (UIBP)**

Nous avons ouvert 4 places dans l'unité d'intervention brève en psychiatrie en octobre 2023. L'objectif principal de ces unités est de mettre en place rapidement un plan d'intervention sur mesure, en se concentrant sur les forces de chaque personne qui se présente à l'urgence médicale. Cette approche permettra de stabiliser leur état de manière à ce qu'elles puissent reprendre au plus vite leurs rôles occupationnels et sociaux.

## **40 places de transition à Montcalm**

Le CISSS de l'Outaouais a annoncé le 20 octobre 2023, un ajout de 40 lits d'hébergement de transition au Motel Montcalm pour les personnes en situation d'itinérance. Cette initiative fait partie d'un financement de 1,6 million de dollars spécialement alloués à l'Outaouais pour l'année 2023-24. Ces lits ciblent principalement une clientèle stabilisée qui pourrait progresser vers une stabilité résidentielle. Les équipes cliniques du CISSS de l'Outaouais restent également présentes sur place pour offrir des services dans le but d'accompagner les personnes en situation d'itinérance dans leurs démarches. Ces 40 nouvelles places d'hébergement de transition ne sont qu'une étape dans les efforts continus pour soutenir les personnes en situation d'itinérance.

## **Inauguration de la première Maison des aînés et alternative (MDAA) Parc-de-la-Montagne**

En novembre 2023, la première Maison des aînés ouvrait ses portes avec 72 places pour accueillir les résidents. En plus des 60 chambres pour des résidents avec un profil CHSLD, on compte aussi 12 places alternatives pour des adultes vivant avec une déficience physique. Une annonce très attendue en Outaouais. Un nouvel environnement complètement différent et beaucoup plus adapté aux besoins des résidents. Le concept lumineux et convivial rend l'endroit très accueillant. Un grand changement apprécié des résidents, des proches-aidants et du personnel. La ministre Sonia Bélanger qui était en Outaouais pour l'inauguration a souligné qu'il est important de miser davantage sur le soutien à domicile pour répondre davantage aux besoins qui découlent du vieillissement de la population. Cette nouvelle maison des aînés est gage d'une nouvelle façon de gérer l'hébergement de longue durée en misant sur les besoins des résidents.

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

Légende

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 100 %

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

INDICATEURS	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
<b>Orientation 1 : Devenir un employeur de choix</b>			
1. Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	69,1 %	En attente des données fournies par le MSSS	73,2 %
2. Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Établissement de la cible de départ (N/D)	25,3 %	+2,5 % par rapport à la cible de départ
4. Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	278 503	En attente des données fournies par le MSSS	288 703
5. Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	96,97%	100 %
<b>Commentaires:</b>			
<p>Dès l'automne 2022, le CISSS de l'Outaouais a mis en place un système de suivi rigoureux du taux de complétion de la formation "Sensibilisation aux réalités autochtones". Un rapport mensuel permet encore aujourd'hui aux gestionnaires de faire un suivi individualisé auprès de leurs employés. Ceci explique d'ailleurs l'atteinte d'un taux de conformité à 96.97% pour 2023-2024. Nous anticipons que ce pourcentage continuera à augmenter jusqu'à atteindre la cible de 100% au 31 mars 2025.</p> <p>À noter que le CISSS de l'Outaouais a fait un bond considérable de 19.37% comparativement à la même période l'année dernière.</p>			
<b>Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive</b>			
9. Proportion des élèves de 3 <sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	70 %	70,7 %	82 %

12. Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	60 %	53,8%	80 %
<b>Commentaires :</b> L'Outaouais a actuellement de grands enjeux avec le volume de ligne opératoire ainsi qu'au niveau des examens diagnostiques. Il y a actuellement des délais d'accès aux examens diagnostiques qui influence le résultat de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI). Un comité stratégique travaille actuellement sur les deux grands enjeux influençant le résultat de l'EGI.			
<b>Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité</b>			
13. Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	430	949	572
<b>Commentaires:</b> N/A			
14. Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	56 %	54,48%	65 %
<b>Commentaires:</b>  <b>Les facteurs explicatifs</b> Plusieurs causes expliquent notre difficulté à atteindre le standard souhaité au cours de la dernière année. Particulièrement, nous faisons face à un manque de personnel. Notre effectif en évaluation est à 50%. De plus, le départ massif suivant la fusion des conventions collectives et particulièrement de notre personnel d'expérience a eu comme conséquence que près de la moitié de notre personnel à moins de 2 ans d'expérience.  <b>Les mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration, le cas échéant</b> Depuis les deux dernières années, plusieurs travaux en lien avec la réorganisation des services ont été faits. En effet, pour compenser le manque de personnel, nous avons diversifié les titres d'emploi dans notre direction en intégrant des TTS-TES –aide sociale- agent administratif afin de supporter nos professionnels dans les tâches à accomplir et augmenter notre intensité de service. Nous avons aussi mis en place une offre de service avec la DJ pour travailler davantage en amont des signalements et éviter une prise en charge par la DPJ lorsque les parents souhaitent avoir des services. Nous avons aussi mis en place dans la dernière année le projet agent de liaison qui dégage, pour certaines situations, les intervenants du temps passé au tribunal.  En 2023, La DPJ s'est dotée d'un plan d'action qui vient établir ses priorités comme direction soit la fidélisation, l'accessibilité et la collaboration. Entre autres, les services de l'évaluation ont eu à mettre en place des moyens pour atteindre les objectifs du plan d'action. Des rencontres périodiques avec les chefs permis de suivre l'évolution de la situation et traiter les situations problématiques. Des activités structurées en temps supplémentaire (Blitz en continue) ont été effectués à une fréquence d'une fois par mois et d'une journée par mois pour permettre la rédaction. Un événement de mobilisation rassemblant du personnel des autres directions avec formation offerte pour tous ainsi qu'un jumelage avec les membres de notre direction a permis la tenue d'activité à l'évaluation-orientation les fins			

de semaine. Finalement, Nous avons effectué différentes activités afin d'accentuer l'attractivité et la visibilité de la DPJ au niveau régional, provincial et interprovincial (présence foire aux emplois, tournée des écoles secondaires, présentation dans les universités, deux vidéos promotionnels).

**L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles**

Malgré les difficultés que nous avons fait face, le pourcentage des premières interventions à l'évaluation réalisé à l'intérieur de 14 jours est passé 37,6% en septembre à 65,8% en janvier, dépassant ainsi le standard souhaité pour 2026-2027.

Nos listes d'attente ayant diminuées de façon importante dans la dernière année, démontre les impacts de l'ensemble des mesures mises en place et nous croyons être en mesure d'atteindre notre cible pour l'année 24-25.

15. Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	58 %	49,90%	73 %
--	------	--------	------

**Commentaires :**

**Le contexte et les facteurs qui expliquent le résultat**

L'absence de personnel (surtout les psychologues) et des difficultés de dotation des postes dans un contexte de roulement important du personnel réduisant la capacité de prise en charge des usagers, un personnel recruté mais inexpérimenté donc présentant un rythme d'assignation plus lent durant la période d'apprentissage. Un manque d'expérience du personnel en poste ayant besoin de soutien considérable. En **santé mentale adultes**, la non-interopérabilité des systèmes sources génère une double saisie d'informations et une complexité qui créent une utilisation non optimale des ressources. En **santé mentale jeunesse**, les enjeux de saisie pour la liste d'attente réelle depuis la migration du système E Rendez-vous, les références prioritaires de la DPJ (30 jours), la hausse du nombre de cas en P3 en attente d'un premier service. Malgré une bonne organisation en psychiatrie jeunesse, le plan d'effectif médical (PEM) a besoin d'être renforcé car le service ne dispose que de 3 pédopsychologues, dont 1 seul à temps complet.

**Les mesures correctrices mises en place pour favoriser une amélioration, le cas échéant**

En **santé mentale jeunesse**, les formations dans le cadre du PQPTM pour renforcer les compétences des professionnels et leur permettre de fournir des services de qualité, la hausse des heures de la coordination clinique afin d'assurer une vigie plus étroite des standards de pratiques, la signature d'entente gré à gré avec les psychologues au privé, le maintien de la collaboration avec le milieu communautaire pour une offre de services en santé mentale, l'instauration des rencontres MSRP, le développement d'un plan d'attraction et de rétention des internes en psychologie et l'optimisation de l'offre de groupe, et mise en place d'une équipe de personnel psychosocial qui intervient de 8h à 23h afin d'évaluer les besoins en AAOR et de s'assurer de la pertinence des demandes d'évaluation en psychiatrie.

En **santé mentale adultes**, le déploiement de la phase 2 de la transformation numérique pour les équipes santé mentale 1ière et 2e ligne, la reconduction et l'ajout de contrat gré à gré avec nos organismes communautaires pour l'offre de services de groupe de niveau 2 et 3 du PQPTM, le rehaussement et la consolidation de l'équipe ABC permettant aux intervenants du MASM d'augmenter le service de première intention, la formation du personnel à l'approche brève, au suivi de première intention (MASM et équipe santé mentale 1ere ligne) et à l'intervention de groupe pour augmenter le déploiement des groupes, l'implantation d'un calendrier de supervision clinique hebdomadaire, l'ajout d'une ASI au MASM pour un meilleur arrimage avec le référent et une fluidité de prise en charge. Les équipes de Soutien dans la communauté ont été consolidées et un plan d'action découlant du processus d'homologation a permis d'augmenter le délai d'accès et la qualité des services. Des arrimages étroits entre les équipes des urgences, des unités de soins et de nos initiatives de l'Axe 6 (ABC, TIBD, UIBP) améliorent le cheminement des usagers et permettent de réduire les demandes d'admission en psychiatrie.

**L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles**

Du fait que l'indicateur 1.08.17 fut mis en place en 2024, nous n'avons pas de portrait comparable.

**Les problèmes connus liés à la qualité des données et les mesures correctrices apportées pour corriger la situation**

En **santé mentale jeunesse**, les indicateurs 7.04.07 et 1.08.19 ne sont pas représentatifs en termes de qualité de données. Des écarts sont constatés entre les données extraites du PowerBI et celles fournies par la DQEPE (I-CLSC), aussi en raison du transfert de systèmes (Clinibase vers e-clinibase). Des travaux sont en cours avec le CRDS, la DJ et la DQEPE pour améliorer la collecte de l'information et obtenir les portraits réels.

En **santé mentale adultes**, des enjeux de qualité de données pour l'indicateur 1.08.19 liés au changement de systèmes Clinibase vers e-rendez vous. Une démarche a été développée avec la DQEPE et les équipes pour vérifier le processus de la donnée, valider/corriger le processus de saisie et d'extraction des rapports, en attendant la bascule des données du CRDS dans le système.

16. Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	15 074	14 644	15 968
--	--------	--------	--------

**Commentaires:**  
C'est un peu plus de 200 usagers supplémentaires qui ont été desservis cette année par rapport à l'an dernier, sans toutefois nous permettre d'atteindre la cible annuelle. Deux facteurs en cause : l'implication active des équipes du SAD en centres hospitaliers afin d'améliorer la fluidité hospitalière et notre difficulté à combler des postes ou remplacement, notamment en service social, et ce, malgré les ajouts de ressources humaines réalisés avec le plan d'investissement SAD. Notre structure de postes en SAD est comblée à 76% à la P13.

Bons coups : Le CISSS de l'Outaouais a été retenu comme région pilote auprès du MSSS pour la mise en œuvre du projet de Valorisation du soutien à domicile (VSAD) par la révision des activités à valeur non ajoutées pratiquées par les professionnels afin de favoriser les activités cliniques et d'augmenter le temps direct auprès des usagers et ainsi augmenter le nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile.

17. Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	1 958	1 507	1 423
---	-------	-------	-------

**Commentaires:**  
N/A

18. Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	1 816 822	3 239 799	2 280 628
---	-----------	-----------	-----------

**Commentaires:**  
N/A

19. Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20 %	34%	30 %
---	------	-----	------

**Commentaires:**  
N/A

20. Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	68 %	65.92 %	71 %
---	------	---------	------

**Commentaires:**  
Premiers constats du comité arrimage 2 avril 2024: augmentation des délais d'accès dans plusieurs directions cliniques; hausse des demandes et diminution du personnel (autant les professionnels qu'administratif).  
Point statutaire lors des comités arrimages inter-guichet (plan d'action à venir).  
Besoin de forer les données par directions cliniques afin d'identifier des mesures qui pourront avoir un impact sur l'indicateur.

21. Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	88 %	87,52	91 %
<b>Commentaires:</b> On remarque une augmentation du nombre d'usagers en attente pour une prise en charge individuelle et une augmentation du nombre d'usagers assignés à un groupe de médecin. Les usagers vulnérables doivent être priorités pour les assignations (ratio établis par le DRMG)			
22. Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	177 minutes	211,34 minutes	111 minutes
<b>Commentaires:</b> L'augmentation moyenne du volume de visite aux urgences sur le territoire de l'Outaouais augmente le délai de prise en charge. Sans oublier que le volume de personnel disponible oblige parfois l'application des plans de contingence ce qui peuvent se traduire en des réductions du volume de salle de triage ouverte. Dans le même sens, le taux d'occupation des urgences mène parfois les urgences à ralentir leur capacité de prise en charge. Un enjeu au niveau de la capacité médicale à l'ambulatoire est également un facteur restreignant.  Actuellement la DSI vient de mandater une CCA au déploiement du SSPPCC, la maximisation du rôle des gestionnaire de cas ainsi que l'application du plan de débordement aux urgences.			
23. Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	20,5 heures	21,90 heures	16,3 heures
<b>Commentaires :</b> L'augmentation moyenne du volume de visite aux urgences sur le territoire de l'Outaouais ainsi que la complexité des cas augmentent la pression aux urgences. Sans oublier que le faible volume de personnel disponible oblige parfois l'application des plans de contingence aux services admetteurs ce qui peut se traduire en réduction de capacité/fluidité dans le flux tiré.  Actuellement la DSI vient de mandater une CCA au déploiement du SSPPCC, la maximisation du rôle des gestionnaire de cas ainsi que l'application du plan de débordement aux urgences. Diverses stratégies entourant la fluidité au sein de la DSI sont en constantes application afin de marteler la priorité qu'accord les cadres supérieures au flux tiré des secteurs offrant des services aux usagers sur civière.			
24. Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	50 %	61,84%	15 %
<b>Commentaires :</b> Encourager les médecins de famille à utiliser la plateforme « Conseil numérique », il s'agit d'un outil de communication entre les fournisseurs de services primaires et les fournisseurs de services spécialisés. Cet outil permet aux médecins de poser une question clinique à un spécialiste afin d'obtenir une réponse dans un délai de 7 jours. Dans environ 50 % des cas, cela évite une consultation en personne auprès d'un spécialiste. Poursuivre les stratégies de communications pour faire connaître la clinique MSQ, douleur chroniques. Voir la possibilité de mettre en place des règles qui déterminent un nombre minimal de prise en charge des spécialistes pour la clientèle de la CRDS. (Certaines régions ont mis cette mesure en place) Mettre en place un comité de travail sur la révision des offres des services de certaines spécialités en collaboration avec les chefs des spécialités. Épuration des listes d'attente : travaux en cours.			

25. Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	1 287	1 334	N/D*
--	-------	-------	------

**Commentaires :**

Le faible volume de ressource humaine expertisé dans les blocs opératoires du territoire de l'Outaouais oblige la fermeture de plusieurs lignes opératoires, ce qui impact les listes d'attentes chirurgicales.

Afin de compenser, les « blitzs » de chirurgie sont organisés ainsi que le développement des contrats avec les CMS. Différentes stratégies de rétention de ressource humaine sont en cours actuellement.

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

---

### 5.1 L'agrément

*En raison du changement du mois des visites d'agrément (de fin février à avril), aucune visite n'a été réalisée dans l'année financière 2023-2024. Néanmoins, une visite a eu lieu en avril 2024 et elle fera l'objet d'une présentation dans le prochain rapport annuel. De plus, les efforts sont demeurés constants en 2023-2024 dans l'ensemble de nos services. Nous vous présentons ci-contre un état de situation en regard de l'agrément.*

#### Visite Cycle 1 - Séquence 4 et 5



Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais est devenu un centre agréé à la fin d'un cycle d'évaluation qui s'est déroulé de 2019 à 2023. Ce cycle s'est conclu par une visite d'évaluation, qui a eu lieu du 26 février au 3 mars 2023, et qui portait sur deux programmes de services : le programme des Déficiences physiques, déficiences intellectuelles et troubles du spectre de l'autisme (Séquence 4), ainsi que le programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (Séquence 5).

Lors de cette visite, l'évaluation a été réalisée dans 22 installations. Le taux de conformité global pour la séquence 4 (DP-DI-TSA) a été de 100 % (97 % pour les pratiques organisationnelles requises - POR) et de 97 % (93 % pour les POR) pour la séquence 5 (SAPA).

À la suite de cette visite, les directions concernées ont travaillé à rendre conforme huit critères. Un premier critère à priorité élevée relatif à l'évaluation de l'utilisation d'antipsychotique. Pour se conformer, l'équipe DSADDR a poursuivi le déploiement d'OPUS-AP.

La deuxième non-conformité concerne la POR d'évaluation de l'efficacité de la communication. Une évaluation de l'utilisation du formulaire OT 2589 "Transmission d'information lors d'un transfert inter-établissement" par des audits a été réalisée.

6 non-conformités sur 8 concernaient le BCM. Dans ce sens, une politique sur le BCM a été mise en place en janvier 2024.

À noter que pour l'ensemble du cycle 1, le CISSS de l'Outaouais a un taux de conformité de 93.9% (83.8% pour les POR).

### Bons coups / Défis

Parmi les bons coups soulevés de la séquence 4, les visiteurs ont mentionnés que les services DI-TSA-DP qui sont offerts au CISSSO sont de grande qualité avec un haut taux de conformité à tous les secteurs incluant les POR.

On fait mention également de la culture d'amélioration de la qualité qui est présente et constitue la force motrice à tous les paliers de la direction de la déficience et de la réadaptation (DDR).

Certains défis ont été mentionnés dont faire connaître le cadre d'éthique et en augmenter la visibilité afin de soutenir les intervenants qui font face à des dilemmes éthiques au travail. Il a également été suggéré de porter une attention particulière sur les dossiers parallèles, un même usager peut avoir trois numéros de dossiers différents ce qui rend difficile la connaissance de l'histoire complète des usagers.

Lors de la séquence 5, les visiteurs ont constatés que l'approche des soins centrée sur la personne est bien implantée. Le partenariat avec l'usager et sa famille est un acquis au niveau des soins et services, ces constatations ont été soulignées comme bons coups.

Un défi qui a été soulevé lors de cette séquence concerne les soins palliatifs. Les visiteurs ont noté qu'il existe certaines divergences de philosophie et de compréhension quant aux définitions des soins de longue durée (SLD), des soins palliatifs et des soins de fin de vie entre les différents CHSLD. Ce qui en résulte que ces soins essentiels ne sont pas réalisés équitablement dans l'établissement.

### **Preuves Post Visite de la Séquence 3**

À la suite de la visite de la séquence 3, qui s'est déroulée du 25 au 30 septembre 2022, 89 critères nécessitaient des actions pour être conformes. Après l'analyse du premier retour relatif à ces non-conformités, les évaluateurs d'Agrément Canada ont demandé un suivi supplémentaire pour 41 d'entre-elles, dont 30 POR. Ces non-conformités concernent principalement les POR de BCM (14) et du Cheminement des usagers (12). Les preuves de conformité ont été soumises avant la date d'échéance du 29 février 2024.

### Prochaine Visite

La prochaine visite se déroulera entre le 28 avril et le 3 mai 2024. Il s'agit de la première visite du Cycle 2023-2027 relative à la séquence d'évaluation du manuel Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales.

## Activités d'amélioration continue

Dans un esprit d'amélioration continue et en vue de se préparer au mieux à cette visite d'agrément, plusieurs lectures guidées ont été organisées. De plus, un programme de formation de 7 jours a été déployé en novembre 2023. Plus de 30 participants ont pu bénéficier de cette formation.

Par ailleurs, 27 visites simulées ont été réalisées en collaboration avec les leaders de chapitres. La couverture de ces visites a été représentative géographiquement et a touché plusieurs territoires de l'établissement.

En termes de communication, un riche programme de communication a été établi et déployé tout au long de la séquence, permettant de promouvoir la démarche d'amélioration continue et d'accompagner de très près les leaders qualité dans leurs rôles. En effet, plusieurs outils de communication ont été mis en place à savoir : affiches promotionnelles d'agrément, développement d'articles promotionnels d'agrément, déploiement d'un guide préparatoire à la visite d'agrément, publication des fiches POR, articles de communication Agrément sur CISSOFIL et l'Intranet, notes de service communiquant sur les étapes clés.

## **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**

Durant l'année 2023-2024, les comités de gestion des risques (tant au niveau stratégique que tactique) ont continué à travailler assidûment pour garantir la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers. Les formations dispensées aussi bien au personnel qu'aux gestionnaires ont joué un rôle clé dans la promotion d'une culture de gestion des risques. Ces formations ont également contribué à harmoniser la déclaration des événements et à assurer la conformité du processus.

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

##### **1- Formation du personnel**

Entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024, il y a eu un total de 1040 employés formés. Trois formations ont été accessibles sur la plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) soit : Déclaration des événements indésirables survenus lors de soins et de services; analyses sommaires des événements indésirables survenus lors de soins et de services; divulgation d'un accident.

##### **2- Formation pour les gestionnaires et le personnel d'encadrement :**

L'équipe a priorisé la formation destinée aux gestionnaires et au personnel d'encadrement et y a inclus les ajouts suivants:

- Déclarer les événements indésirables en cas de maltraitance et la déclaration d'événements en cas de violation de la protection des renseignements personnels.

121 gestionnaires ont bénéficié d'une formation axée sur la gestion des risques, couvrant des sujets tels que : l'analyse sommaire, la divulgation et l'analyse de la donnée dans le tableau de bord de la gestion des risques.

### **3- Formation dans les Ressources non-institutionnelles (RNI) et dépliant en septembre 2023:**

Une formation pour les déclarants a été donnée dans trois ressources intermédiaires et un dépliant pour les RNI a été présenté, afin d'expliquer le processus de déclaration des incidents et accidents dans ces milieux. Un processus d'accompagnement a été également offert et assuré tout au long de l'année.

#### **Autres actions réalisées :**

- Améliorations par audits du repérage des événements sentinelle F et plus et suivis auprès des directions concernées. En février 2024, une notification au système SSSS a été activée pour renforcer la surveillance de ces catégories d'événements.
- Envoi des tableaux de suivis des analyses sommaires non complétées par période. L'année s'est terminée avec un pourcentage de 1,9 % des déclarations non complétées (ce qui représente un nombre de 240 déclarations).
- Réalisations d'audits ciblés telles que : certaines catégories spécifiques (Chute trouvée par terre, catégorie autre sur la médication, catégorie autre); Validation régulière des déclarations sur le retraitement des dispositifs médicaux (RDM); Catégories A-B et abus agression harcèlement; Audits pour la reclassification des gravités et pour la catégorie autre.
- Participation et collaboration dans divers comités internes : pharmaco-soins, le comité interdirections RI-RTF-RPA, radioprotection, divers comités dans le cadre du développement des maisons des aînés-maison alternative (MDA-MA), le comité en prévention du suicide, le comité sur les pompes volumétriques et le chariot à médicament ainsi que celui sur le plan d'action à l'égard des personnes handicapées.
- Participation à deux comités externes : le comité des répondants en gestion des risques du MSS et le comité inter-établissement-gestionnaires de risques. Audits des formulaires papier
- Audits des formulaires papier que nous recevons des résidences intermédiaires (RI) et des résidences de types familiales (RTF).

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

À l'analyse du registre du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SSSS), on constate que nous avons eu un total de 12 280 événements déclarés pour l'année 2023-2024.

Comme présenté dans le tableau 1, les trois principaux types d'incidents déclarés (au registre) sont : la catégorie autre (32,7%), médicament (21,2%) et chutes (9,8%) pour un total de 2009 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
<i>AUTRE</i>	657	32,7%	5,3%
<i>MÉDICAMENT</i>	427	21,2%	3,5%
<i>CHUTES</i>	198	9,8%	1,6%

Total incidents : 2009  
 Total événements : 12 280  
 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 (56,9%), la catégorie « Autres » (16,9%) et les événements en lien avec la médication (15,5%) pour un total de 10 266 accidents déclarés.

**Tableau 2**

Principaux types d'accidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
<i>CHUTE/QUASI-CHUTE</i>	5849	56,9%	47,6%
<i>AUTRES</i>	1742	16,9%	14,2%
<i>MÉDICATION</i>	1597	15,5%	13,0%

Total accidents : 10 266  
 Total événements : 12 280  
 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 concernant les chutes dans les hôpitaux et les CHSLD:

- Révision du programme de prévention des chutes : Particularité pour clientèle anti coagulée (ajout des rôles et responsabilités pour les professionnels et les bénévoles)
- Révision formulaire signes neurologiques
- Révision du protocole infirmier de gestion de la chute en milieu hospitalier et de réadaptation
- Révision du guide de prévention des chutes : révision et création de différents outils de dépistage, d'évaluation, de surveillance et de suivi des usagers à risque de chute ou ayant chuté; Dépistage et plan d'intervention standardisé-Prévention des chutes; aide-mémoire, examen post chute; Évaluation et surveillance-note au dossier; Aide-mémoire ajustement aide à la marche
- Plusieurs outils ont été développés et mis à jour (trousse prévention et gestion de la chute adaptée à chaque secteur (SAFE); livret de prévention des chutes; algorithme mobilisation des usagers post-chute (Blessés médullaires); affiches comment relever un usager retrouvé au sol; capsule de formation (culture de sécurité-formation et perfectionnement)
- Approche AAPA-Prévention des chutes : Guide de Pratique : Protocole de réentraînement physique en milieu institutionnel (SPRINT) et prévention du déconditionnement (AAPA)
- Harmonisation et adaptation de l'outil de dépistage et plan d'intervention standardisé-Prévention des chutes en cours actuellement (2024).

##### En lien avec la médication :

- Suite à un événement sentinelle, il y a eu un ajout de dose maximale unitaire 0,75 mg, référer au Guide IV". Il apparaît comme une alerte dans tous les cabinets du CISSSO lors du retrait de fioles de *Digoxin*, Ajout d'un filet de sécurité supplémentaire dans la quantité du médicament retiré ;
- Ajout de dose maximale pour tous les médicaments d'alertes élevés;
- Participation au comité pour les pompes volumétriques et chariot de médicament, mise à jour des limites franchissables et infranchissables
- Mise à jour de la bibliothèque des médicaments dans le logiciel des pompes volumétriques;
- Standardisations des pratiques à la grandeur du CISSSO pour les protocoles de médicaments pour les pompes volumétriques;
- Mise à jour de la durée de validité de certains médicaments, pour la mettre à 9999 jours pour éviter l'échéance des ordonnances;

- Évaluation d'un projet d'achat d'une application (EZRESUS) pour le calcul de doses des médicaments intraveineux pour éviter les erreurs de calcul;
- Projet OPUS-AP (déprescription des antipsychotiques) pour éviter les effets secondaires des médicaments (RAC Robert Wright).

### 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 prévention et du contrôle des infections (PCI) et ses partenaires ont poursuivi l'opérationnalisation du programme de PCI. De plus, en collaboration avec les directions cliniques ainsi que le comité stratégique PCI, le programme de PCI a été mis à jour sommairement en attendant la mise à jour du plan d'action ministériel (PAMPCI). Nous avons aussi poursuivi les différentes étapes de désescalade des mesures en lien avec la COVID-19. En partenariat avec l'équipe de la direction de la santé publique ainsi que le service de prévention, santé et sécurité au travail, les mesures en lien avec la COVID-19 ont été révisées, ajustées et adaptées pour les différents milieux et en fonction de l'épidémiologie et des réalités locales.

La dernière année a permis de recruter du nouveau personnel parmi l'équipe de PCI tout en maintenant les effectifs déjà en place.

Le service de PCI a poursuivi son travail pour la formation du nouveau personnel ainsi que sur une structure de travail afin d'améliorer la performance du service. L'augmentation du nombre de conseillères a permis de procéder à une réorganisation du travail et de mettre en place une structure de surveillance plus performante. Toutes les surveillances demandées par l'Institut national de santé publique du Québec sont effectuées avec rigueur par les conseillères (bactéries multirésistantes, diarrhées à *Clostridium difficile*, bactériémies). Un gros travail de mise à jour des politiques, procédures et directives a débuté afin de mieux outiller les équipes. La procédure 220 - Procédure de gestion des éclosions, a été adoptée. Plusieurs autres sont en cours de finalisation.

Compte tenu du contexte d'éclosion d'entérocoques résistants à la vancomycine et d'entérobactéries productrices de Carbapénèmases persistant à l'hôpital de Hull, un plan d'action organisationnel est en cours. Un comité tactique est également en place pour assurer le suivi et la mise en place des actions nécessaires pour diminuer les éclosions. Des rencontres de gestion d'éclosion ont aussi lieu à toutes les semaines.

Quelques faits :

- ✓ Au 1er avril 2024, il y avait 17 postes de conseillères dont 2 pour lesquels le titulaire est en absence. Une augmentation de 4 par rapport à l'an dernier. Nous avons toujours un premier officier en PCI, mais il n'y a pas de microbiologiste infectiologue malgré tous les efforts de recrutement. Nous avons aussi une assistante au supérieur immédiat, une infirmière clinicienne spécialisée, une agente administrative et un spécialiste en procédés administratifs.

- ✓ Des tournées visuelles qualité sont maintenant effectuées régulièrement avec une collaboration PCI, directions cliniques et la direction des services techniques et de la logistique.
- ✓ De la formation sur l'hygiène des mains (HDM) auprès du personnel de soins est donnée régulièrement.
- ✓ Équipe PCI présente 7 jours sur 7.
- ✓ Poursuite de la mise en place de l'informatisation des audits de conformité à l'HDM (ajout de l'hôpital en santé mentale Pierre-Janet et des équipes de santé mentale ainsi que plusieurs services ambulatoires).
- ✓ Mise en place et distribution de cellulaires pour la réalisation des audits d'HDM.
- ✓ Mise en place de la surveillance des pneumonies acquises sous ventilation pour les soins intensifs de l'hôpital de Hull.

### 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 2023-2024 par direction clinique :

#### **Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées et hébergement (DSAPAH)**

Les mesures exceptionnelles de contrôle dans les CHSLD-MDAA sont utilisées lors d'une démarche d'évaluation clinique afin de mieux comprendre et intervenir de façon préventive face aux problèmes de comportements chez la personne âgée atteinte de déficits cognitifs. La décision d'utiliser une mesure résulte d'une démarche interdisciplinaire et l'accord du résident ou de son répondant a été obtenu et l'intervention est notée au plan de travail. Lors de l'utilisation d'une mesure, une grille de surveillance est utilisée par le personnel. Une formation est disponible sur la plateforme ENA et a été suivie principalement par du personnel en soins d'assistance au courant de l'année. Un registre permet de comptabiliser l'information sur les différents types de mesures appliquées. Voici les principaux constats en CHSLD: Diminution de 45 % du nombre de mesures de contrôle utilisées, diminution de 52 % du nombre de contentions utilisées, augmentation de 18% du nombre de contentions planifiées, diminution de 60% du nombre d'isolements utilisés, diminution de 84% du nombre d'isolements planifiés et diminution de 8 % du nombre d'isolements non-planifiés. Il n'y a eu aucune utilisation de substance chimique comme mesure de contrôle.

#### **Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation (DSADDR)**

Les mesures 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 et elles sont encadrées par le comité consultatif sur les mesures de contrôle (CCMC). Le nouveau personnel clinique participe obligatoirement à la formation en ligne « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » sur la plate-forme de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA). De plus, le CCMC a également offert des séances de formation. Plusieurs stratégies sont mises en place pour réfléchir, élaborer et actualiser des mesures de remplacement : Mise en place et révision de plan d'intervention et de plan

d'action multimodale, discussion de cas pour obtenir du soutien entre les pairs, suivis intensifs (monitoring) et actualisation des recommandations qui en découlent, bonification des programmations d'activités et exploration occupationnelle en vue de mieux répondre aux besoins des usagers et application des règles de soins (planification des interventions en lien avec la mesure de contrôle). Un registre est complété et permet de comptabiliser les différentes mesures de contrôle dans les milieux fréquentés par la clientèle DI-DP-TSA. Les mesures chimiques font l'objet d'une procédure de médication au besoin. Les contentions chimiques sont à la baisse. Une procédure permettant de suivre toutes les étapes de la prévention active est en place nécessitant l'autorisation de l'infirmière avant l'administration de la médication PRN.

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

Les mesures de contrôle sont principalement utilisées auprès d'une clientèle âgée de 5 à 17 ans qui présente de graves troubles du comportement ou encore des comportements délictueux. Certains jeunes desservis dans le cadre de mise sous garde peuvent être âgés de 20 ans. La très grande majorité de la clientèle est hébergée en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) dans le cadre de la LPJ (Loi sur la protection de la jeunesse) ou de la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents) et exceptionnellement la LSSSS.

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. 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.

Des formations OMEGA ont été offertes en continu pendant l'année. La formation de sensibilisation au trauma s'est également poursuivie. Les mesures de contentions et d'isolement se retrouvent majoritairement en CRJDA. Le nombre de mesures de contention a, pour sa part, augmenté significativement soit de 132 interventions et de 41 pour les mesures d'isolement. Ces hausses s'expliquent par l'hébergement d'enfants ou d'adolescents présentant de graves troubles de comportements. En pédiatrie, 8 mesures de contention ont été consignées dans le registre et il n'y a eu aucune mesure d'isolement. En psychiatrie jeunesse, une baisse des contentions est constatée et pour ce qui est des isolements, les données sont similaires à l'an passé.

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

Sur les unités de soins, le personnel clinique utilise un outil de planification des interventions, soit le plan proactif qui est complété soit à l'admission ou au premier épisode de mesure de contrôle. 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. L'approche OMEGA est la méthode privilégiée pour la formation. Un plan d'amélioration de la pratique infirmière est suivi et a pour but d'améliorer la détection et la gestion des risques en contexte de soins et ainsi, mettre en place des mesures adaptées pour l'utilisateur. De plus, un indicateur de suivi a également été mis en place afin de pouvoir assurer un suivi régulier des déclarations.

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

Les mesures sont appliquées en grande partie sur les unités de soins intensifs, les unités hospitalières et dans les salles d'urgences et sont utilisées pour la clientèle à risque de chute avec conséquences, à risque d'agressivité ou de violence envers lui-même, pour éviter l'interférence aux traitements ou pour le risque d'errance ou de fugue. Un total de 340 contentions a été noté au registre (diminution de 73 contentions en 2023-2024). La procédure 0-34 sur la « consignation et gestion des données saisies au registre a été révisé au courant de l'année.

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

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

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

En 2023-2024, 723 plaintes administratives et des 362 interventions portées à l'attention de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ont mené à la formulation de 81 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
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisation et rappel fait aux médecins pour bien se conformer aux critères de conformité d'une requête;</li> <li>- Rappel fait à l'ensemble des employés de la direction des services multidisciplinaires sur l'importance de respecter les droits des usagers, plus spécifiquement le droit de recevoir les informations claires sur les services et modes d'accès et ce, de façon claire, respectueuse et bienveillante;</li> <li>- Procédure de gestion des requêtes révisée et adopté au comité de direction.</li> </ul>
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbre décisionnel pour les responsabilités de paiement à l'urgence finalisé;</li> <li>- Audits réalisés.</li> </ul>
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité clinique réalisée en mai 2023 en lien avec la nouvelle norme d'exercice en vigueur de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;</li> <li>- Réception du guide d'accueil corrigé incluant les coordonnées de la commissaire aux plaintes et la qualité des services pour une résidence privée pour aînés;</li> <li>- Clarification apportée pour la distinction entre 2 catégories d'une même résidence pour personnes âgées.</li> </ul>
Maltraitance (Loi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La RI a cessé ses activités;</li> <li>- Les admissions ont été cessées à la résidence intermédiaire jusqu'à ce que les soins et services respectent la classification;</li> <li>- Présence d'un gestionnaire au CISSS de l'Outaouais pour une résidence intermédiaire;</li> <li>- Réception de la liste du personnel ayant suivi la formation web Lutte contre la maltraitance sur l'Environnement numérique d'apprentissage;</li> <li>- Audit de la pratique des grilles de comportement et des audits pour chaque résident de l'unité prothétique transmis;</li> <li>- Visites non planifiées effectuées dans une résidence pour personnes âgées;</li> <li>- Politique et procédure à l'égard de la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité lues par le personnel;</li> <li>- La résidence non institutionnelle a cessé d'offrir les services de demande de répit.</li> </ul>
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander à la coordonnatrice des soins de compléter une grille de comportement dès l'admission d'un résident atteint d'un trouble cognitif;</li> <li>- Demander à la coordonnatrice de s'assurer de la qualité des soins en effectuant une grille d'audit de la qualité des services;</li> <li>- Horaire de sorties réalisé;</li> <li>- Visites non planifiées effectuées par la DQEPE pour valider la qualité des repas.</li> </ul>
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquête clinique effectuée;</li> <li>- Cessation de service du Centre.</li> </ul>

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'action effectué;</li> <li>- Plan d'amélioration de la qualité présenté;</li> <li>- Trajectoire révisée;</li> <li>- Copie de la trajectoire présentée;</li> <li>- Calendrier de formation reçu;</li> <li>- Capsule des nouvelles normes de l'OIIQ présenté au personnel infirmier des hôpitaux de Hull et Gatineau;</li> <li>- Tableau de bord effectué;</li> <li>- Audits effectués;</li> <li>- Révision du dossier effectué;</li> <li>- Audits effectués et se poursuivent;</li> <li>- Comité qualité RNI mis en place;</li> <li>- Règle de soins revue;</li> <li>- Inspections faites par la direction des soins infirmiers.</li> </ul>

### Le Protecteur du citoyen

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

Au cours de la dernière année, le Protecteur du Citoyen a traité 28 dossiers en 2<sup>e</sup> recours. De ces 28 dossiers, 10 recommandations ont été formulées à l'Établissement. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité ont amené les mesures correctives suivantes.

Direction	Recommandations	Mesures mises en place	Réalisation
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-025/2021-01850 Fournir aux personnes autorisées à l'É/O, dont celle concernée dans ce dossier, une formation sur la nouvelle version de l'Entente multisectorielle; Confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé, en lui transmettant le document à l'appui de la formation, ainsi qu'une liste des personnes ayant suivi cette formation, d'ici le 5 juillet 2023.	Vise seulement l'employée concernée qui a été formée.	Réalisée

<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-028/2021-01850 Conformément aux bonnes pratiques en vigueur, lors du retrait d'un enfant de son milieu familial, rappeler aux personnes autorisées à l'É/O de toujours se faire objectiver dans ses décisions, avant de planifier son hébergement; Confirmer au Protecteur du citoyen que ce rappel a bien été effectué, d'ici le 5 juillet 2023.	Discussion des attentes en rencontre d'équipe concernant la note sur les discussions cliniques lorsqu'un intervenant consulte son gestionnaire.  Vérification des notes dès qu'un intervenant lui soumet un rapport pour valider que c'est bien fait.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-030/2021-01850 S'assurer par des audits de dossiers que la personne autorisée à l'É/O concernée, réalise les bonnes pratiques concernant l'évaluation/orientation dans ses dossiers en ce qui a trait à l'aide, conseil et assistance; Informé le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, du résultat de cet audit et, s'il y a lieu, des mesures qui sont prises pour se conformer à la loi.	Atelier avec la Superviseure d'activités cliniques (SAC) pour s'assurer des bonnes pratiques.  Rencontre Mensuelle avec la SAC.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-031/2021-01850 S'assurer que la chef de service à l'É/O concernée, analyse sa stratégie de supervision des personnes autorisées à sa charge, en tire des constats et, s'il y a lieu, mette en place une stratégie différente pour superviser ou déléguer cette supervision, afin de maintenir un encadrement suffisant, autant pour les nouvelles recrues que pour les personnes autorisées avec expérience ; Transmettre une copie de cette analyse au Protecteur du citoyen et l'informer des mesures mises en place afin d'atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.	Une recension des activités d'encadrement effectuées par la gestionnaire a été effectuée.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-032/2021-01850 S'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée connaisse bien les critères du passage de l'étape de l'évaluation à celle de l'orientation des dossiers DPJ ; Indiquer au Protecteur du citoyen les mesures prises afin d'atteindre cet objectif, d'ici le 5 juillet 2023.	Mise en place d'un accompagnement par la SAC (organisation, manuel de référence, etc.).  Vérification par la gestionnaire à chaque 2 semaine ou aléatoirement des dossiers de	Réalisée

		l'intervenante (rapports, notes, etc.)	
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-034/2021-01850 En prévision des visites supervisées, rappeler aux personnes autorisées de bien expliquer le contrat d'engagement, le faire signer au parent qui doit être supervisé et le déposer au dossier, et cela, autant à l'évaluation, à l'orientation qu'à l'application des mesures ; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Note de service produite. La note de service reprend les consignes en lien avec le contrat d'engagement ainsi que le délai pour procéder à la révision des critères pour le maintien ou non des visites supervisées.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-035/2021-01850 Rappeler aux personnes autorisées que lorsqu'une ordonnance dicte que l'entente pour les visites supervisées doit s'effectuer entre elles et un parent, l'autre parent doit s'y conformer ou en saisir le tribunal en cas de désaccord; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Rappel des bonnes pratiques à l'intervenante le 31 janvier et lors de son évaluation de contribution.  Atelier avec la SAC pour s'assurer de la compréhension de l'entente des visites supervisées.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-036/2021-01850 Informer la personne autorisée à l'É/O concernée qu'afin de ne pas placer un jeune enfant en conflit de loyauté pour les visites entre ses parents, un calendrier de visites devrait être produit et approuvé par les parties ; Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.	Présenter à l'intervenante les bonnes pratiques le guide d'une visite supervisée (organisation, préparation, etc.)  Le guide de pratique sur les visites supervisées a été révisé.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-037/2021-01850 Informer les personnes autorisées que conformément au guide, elles doivent procéder à la révision des critères pour le maintien ou non des visites supervisées, en respectant un délai minimal de trois mois; Le CISSS doit, d'ici au 1er mars 2023, informer le PDC des mesures prises pour atteindre cet objectif.	Développer une procédure qui reprend l'ensemble des étapes à actualiser pour la mise en place de visites supervisées ainsi que les documents à compléter.	Réalisée

		L'ensemble des gestionnaires, spécialistes en activités cliniques ainsi que les réviseurs ont tous reçu la formation <i>pour des visites supervisées bienveillantes en protection de la jeunesse</i> .	
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-038/2021-01850 Prendre les mesures nécessaires afin que la personne autorisée à l'É/O concernée respecte son Code de déontologie ; Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, concernant les différentes démarches effectuées (Audits, formations, etc.).	Demander à l'intervenante de relire le Code de déontologie. Atelier avec la SAC pour s'assurer de compréhension et du respect du Code de déontologie.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-039/2021-01850 Lorsqu'un enfant réside ailleurs que dans son milieu familial, s'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée tienne régulièrement informée les parents de son évolution, soit lors de rencontres, de conversations téléphoniques ou, au besoin, par des textos ou des courriels et, enfin, inscrire ce suivi au dossier du ou des enfants ; Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, que la recommandation a été Réalisée, en lui indiquant les mesures (formations, audits, etc.) prises pour y parvenir.	Vérification mensuelle des notes évolutives de l'employée complétée par la gestionnaire.	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-041/2021-01850 Rappeler à la personne autorisée à l'É/O concernée que lors du transport des enfants de la DPJ, elle doit toujours suivre le Code de la sécurité routière quant à l'installation de bancs adaptés aux enfants qu'ils doivent conduire, il en va de la sécurité de ces enfants ; Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.	Mini atelier sur les meilleures pratiques et diverses informations en lien avec l'installation des bancs d'auto et la sécurité des enfants passagers, par une technicienne certifiée en sécurité des enfants passagers par l'association canadienne sur la sécurité des enfants passagers de l'Association canadienne de la	Réalisée

		sécurité des enfants passagers.	
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-042/2021-01850 Procéder à l'audit des suivis d'activités de l'évaluation et de l'orientation de ce dossier afin d'identifier les manquements et déterminer quelle formation pourra soutenir la personne autorisée à l'É/O concernée, afin qu'elle se conforme aux normes de pratique en vigueur concernant les notes au dossier d'un usager et lui offrir cette formation ; Transmettre au Protecteur du citoyen une copie des résultats de cet audit et l'informer de la formation offerte, d'ici le 5 juillet 2023.	Formation sur les bonnes pratiques concernant les standards de pratiques l'évaluation-orientation (Transfert délai, remise de rapports, etc.);	Réalisée
<i>Direction de la protection de la jeunesse</i>	2022-043/2021-01850 Que la personne autorisée à l'AM, nouvellement mandatée, procède à une analyse exhaustive du dossier et produise un rapport avec recommandations appropriées, pour l'audience prévue le 21 février 2023 ; Transmettre une copie de ce rapport au Protecteur du citoyen d'ici au 10 février 2023.	Réception des rapports de révision (un pour chaque enfant).	Réalisée
<i>Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) et RPA Village Riviera</i>	2022-056/2022-00614 & 2021-01335 Poursuivre la collaboration à la mise en place de mesures correctrices à l'égard de lacunes soulevées par tout observateur et par les recommandations de la commissaire aux plaintes et la qualité des services du CISSSO, et ce, afin d'offrir un milieu sécuritaire et des services appropriés à l'ensemble des résidents. Informé le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 mars 2023.		Réalisée
<i>Direction des soins infirmiers (DSI)</i>	2023-010/2022-01040 Rappeler au personnel infirmier au triage à l'urgence de l'Hôpital de Hull, que lorsqu'une personne atteinte de cancer se présente pour des symptômes liés à ses traitements ou à l'évolution de son cancer : une attention particulière doit être portée aux médicaments et aux traitements en cours, de même qu'à l'état de son système immunitaire; tous les constats faits lors de l'évaluation au triage doivent être notés au dossier. Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 septembre 2023, que ce rappel a été fait et lui indiquer le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.		Réalisée
<i>Direction des soins infirmiers (DSI)</i>	2023-011/2022-01040 Rappeler au personnel infirmier de l'aire ambulatoire à l'urgence de l'Hôpital de Hull qu'il est tenu de respecter les mêmes normes de réévaluation et de surveillance		Réalisée

	<p>qu'au triage pour les usagers et usagères qu'il a sous sa responsabilité avant la prise en charge médicale.</p> <p>Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 septembre 2023, que ce rappel a été fait et lui indiquer le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.</p>		
<i>Direction des programmes jeunesse (DJ)</i>	<p>2023-014/2022-01021 S'assurer que le Rallye élabore une procédure d'expulsion/non-réintégration basée sur les principes de justice naturelle tels que la neutralité, la gradation des sanctions et du droit d'être entendu;</p> <p>Informé le Protecteur du citoyen de la reprise des activités du Rallye et lui fournir une copie de la procédure dans les deux (2) mois suivant la reprise des activités.</p>		En cours
<i>Direction des programmes jeunesse (DJ)</i>	<p>2023-015/2022-01021 Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les intervenants du Rallye soient informés adéquatement des situations devant être signalées à la protection de la jeunesse;</p> <p>Informé le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif dans les deux (2) mois suivant la reprise des activités du Rallye.</p>		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</i>	<p>2023-070/2021-01313 S'assurer qu'un encadrement adéquat et sécuritaire est offert par le personnel de la RI aux usagers hébergés à la résidence intermédiaire La Victorienne;</p>		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</i>	<p>2023-071/2021-01313 Nommer un cadre supérieur en autorité afin d'assurer la coordination de l'ensemble des directions impliquées dans les démarches associées au redressement et à l'amélioration des services dans la RI.</p>		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</i>	<p>2023-072/2021-01313 S'assurer que le personnel présent dans la RI est suffisant en tout temps pour répondre aux besoins spécifiques des résidents dont notamment lorsqu'un accompagnement « un pour un » est requis.</p>		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</i>	<p>2023-073/2021-01313 Déterminer les formations prioritaires liées aux enjeux comportementaux et cliniques nécessaires au personnel de la RI et prévoir un calendrier de formation.</p>		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</i>	<p>2023-074/2021-01313 S'assurer que le personnel affecté aux résidents présentant des troubles de comportement dispose des connaissances, de</p>		En cours

	l'expertise et des formations adéquates pour répondre aux besoins spécifiques de ce type de profil.		
<i>CISSS de l'Outaouais/ RI la Victoriennne</i>	2023-075/2021-01313 Cesser toute nouvelle admission d'utilisateur dont le profil requiert un niveau d'encadrement particulier sur le plan comportemental, tant et aussi longtemps que le redressement ne sera pas suffisant et sécuritaire pour les usagers		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais</i>	2023-076/2021-01313 Maintenir le personnel du CISSSO sur place tant et aussi longtemps qu'une amélioration significative n'aura pas été constatée et documentée		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais</i>	2023-077/2021-01313 Compléter la mise à jour des instruments de classification pour l'ensemble des usagers hébergés dans la RI		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais</i>	2023-078/2021-01313 À défaut d'un redressement significatif dans un délai de six mois des soins et des services dispensés aux usagers hébergés dans la RI, réviser l'entente contractuelle avec celle-ci afin de modifier le type de clientèle qui y est orientée, ou ultimement pour résilier l'entente		En cours
<i>CISSS de l'Outaouais</i>	2023-079/2021-01313 Réviser la procédure régissant les critères d'évaluation d'un postulant à titre de ressource intermédiaire préalablement à la signature d'un lien contractuel		En cours

## Le Coroner

Pour l'année 2023-2024, le CISSS de l'Outaouais a reçu un total de 9 rapports coroner ainsi que 20 recommandations. Pour l'ensemble des rapports, deux (2) décès sont de cause naturelle, six (6) décès sont accidentels et un (1) décès est de type suicide. Voici la liste des recommandations adressées à l'établissement et le résumé des mesures mises en place en réponse à celles-ci.

Recommandations (Rapport)	Mesures mises en place
<b>1. Rapport 2022-03291</b>	
<i>De demander au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale de X ».</i>	✓ Transmission du suivi le 18 mai 2023 au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

<p><i>Lors d'une admission en répit dans une résidence privée pour aînés ou tout autre type de placement, de s'assurer de transmettre le formulaire « Transmission d'information lors du transfert inter établissement » créé par le CISSSO par le professionnel qui effectue l'admission en mentionnant la condition de santé du patient, ses besoins et la médication qu'il doit prendre en précisant si c'est de façon autonome ou non ».</i></p> <p><i>Travailler en collaboration avec les pharmacies communautaires à développer des outils pour mettre en place différentes mesures préventives visant à améliorer la sécurité du circuit du médicament entre tous les partenaires impliqués (médecin, pharmacien, intervenants des milieux de vie et l'utilisateur et sa famille) afin d'assurer une meilleure continuité dans la médication prescrite ».</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Déploiement du formulaire OT-2511 en janvier 2022 afin d'assurer une meilleure transmission de l'information entre les milieux d'hébergement.</li> <li>✓ Projet pilote réalisé avec les pharmacies communautaires par la Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR) à la fin de l'année 2021 en collaboration avec le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) visant à déployer des formulaires d'administration des médicaments (FADM) uniformisés dans les milieux de vie.</li> </ul>
<b>2. Rapport 2021-04143</b>	
<p><i>Mettre en place un processus ou des mesures pour assurer des suivis à l'externe lorsque le séjour au Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais, Jellinek, d'un patient à haut risque de rechute est écourté en raison de motifs hors de sa volonté.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mécanisme présent au sein du programme de réadaptation intensive en dépendance avec hébergement (DSMD).</li> <li>✓ Participation au chantier organisationnel piloté par la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC), en matière de prévention du suicide (analyse des processus internes et amélioration des pratiques).</li> </ul>
<b>3. Rapport 2021-07390</b>	
<p><u>Recommande au CISSSO, notamment la Direction des services infirmiers (DSI) de :</u></p> <p><i>Vérifier la conformité de la pratique infirmière au niveau de la préparation des médicaments en seringue;</i></p> <p><i>S'assurer que toutes les seringues contenant un médicament soient identifiées avec une étiquette;</i></p> <p><i>Faire un rappel à l'ensemble du personnel infirmier que les seringues préremplies de salin ne sont pas conçues pour l'administration de médicament.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diffusion d'une vignette clinique et audit de qualité réalisé en date du 14 mars 2023.</li> </ul>
<b>4. Rapport 2022-06170</b>	
<p><i>Revoir dès que possible les contrats de services de main-d'œuvre indépendante en ce qui a trait aux « gardiennage » des patients sous surveillance notamment au niveau de l'étendue des rôles et des responsabilités de chacun notamment au niveau de la prévention des chutes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Présence d'une procédure à la Direction des soins infirmiers basée sur la règle de soins infirmiers (OIIQ), encadrant le besoin de surveillance chez un usager/patient.</li> <li>✓ Élaboration d'un document sur les rôles et les responsabilités des employés par la</li> </ul>

	compagnie privée qui assure les services de sécurité.
<b>5. Rapport 2022-00278 (Enquête publique)</b>	
<p><i>De poursuivre et d'intensifier ses actions dans le but d'optimiser la planification et le processus d'acquisition de l'équipement médical requis afin de prévenir tout bris de service ou diminution de la qualité des soins.</i></p> <p><i>Des responsables de projet doivent notamment être nommés et tenus responsables de la planification, de l'acquisition et de l'installation de l'équipement requis;</i></p> <p><i>De poursuivre et d'intensifier ses actions dans le but de réduire les délais en cas de bris ou d'interruption de service d'un équipement médical, d'améliorer les communications et de prévenir la surveillance d'incidents ou d'accidents pour ses usagers.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ajout d'un deuxième scan à l'Hôpital de Hull et ajout d'une génératrice;</li> <li>✓ Négociation d'un contrat avec les fournisseurs d'équipement afin de pouvoir effectuer des entretiens;</li> <li>✓ Définition d'un corridor de service et mise à jour d'un algorithme décisionnel;</li> <li>✓ Disponibilité de cadres de garde 7 jours sur 7 et 24h/24;</li> <li>✓ Mise en place d'un comité hebdomadaire qui vise à suivre l'ensemble des acquisitions en matériel médical de même que les services d'entretien, mise en place d'un comité sur la fluidité hospitalière et rencontre annuelle avec le service des projets de l'établissement.</li> </ul>
<b>6. Rapport 2022-07425</b>	
<p><i>De s'assurer qu'une copie du formulaire de niveau de soins dûment discuté avec le patient (ou son représentant) le suit en tout temps.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insertion dans les règlements du CMDP de l'obligation d'avoir une discussion sur le niveau d'intervention médicale (NIM) avec tout usager qui sera hospitalisé;</li> <li>✓ Création d'une banque de NIM sur une plateforme sécurisée afin de permettre sa consultation en tout temps dans l'ensemble des installations.</li> <li>✓ Projet mené en collaboration avec le centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public afin d'identifier les mécanismes à mettre en place pour favoriser l'identification, la révision et la mise en œuvre des NIM.</li> </ul>
<b>7. Rapport 2022-09487</b>	
<p><u>Recommandations à la Direction des soins infirmiers du CISSS de l'Outaouais :</u></p> <p><i>D'accroître la sécurité des patients en s'assurant que les mesures identifiées en matière de prévention des chutes soient mises en œuvre lorsque nécessaires selon la condition du patient. Il s'agit ainsi d'améliorer le repérage et l'évaluation du risque de chute au moment de l'admission.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Révision et diffusion, en décembre 2023, du programme de prévention des chutes ainsi que le dépliant sur la prévention des chutes à l'intention des usagers et de leurs proches.</li> <li>✓ Révision du protocole de gestion de la chute en milieu hospitalier, du nouveau formulaire d'évaluation et de surveillance</li> </ul>

<p><i>D'utiliser adéquatement les outils de travail existants tels les formulaires post-chute afin d'améliorer la surveillance suite à un accident en milieu hospitalier. Des activités de développement de la pratique devront s'inscrire dans cet effort afin de promouvoir la prestation sécuritaire de soins et dans un but de préservation de la vie humaine.</i></p>	<p>post-chute ainsi que l'aide-mémoire d'évaluation post-chute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Activités de promotion sur les unités de soins et sur les services hospitaliers sous forme de tournées intentionnelles.</li> </ul>
<p><b>8. Rapport 2023-04060</b></p>	
<p><i>Lorsque les besoins d'un bénéficiaire dépassent l'offre de service d'un partenaire (RI / RPA), de s'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé du bénéficiaire ou de son représentant ainsi que l'instance qui la reçoit (RI/RPA) et que tous sont en mesure d'évaluer et comprendre les risques du maintien dans le milieu ;</i></p> <p><i>De s'assurer dans le cadre de leur pouvoir de surveillance, que la Résidence X exécute l'ensemble des recommandations ci-hauts énumérées ;</i></p> <p><i>D'acheminer une note de service à l'ensemble du corps médical leur rappelant leur obligation légale quant à la déclaration d'un décès au Bureau du coroner.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prise en charge systématique des usagers vivant dans les unités de soins et ajouts de services en cas de besoin;</li> <li>✓ Plan d'amélioration complété avec la résidence;</li> <li>✓ Note de service diffusée le 16 février 2024.</li> </ul>
<p><b>9. Rapport 2022-04289 :</b></p>	
<p><i>Mettre en place dans les meilleurs délais, les recommandations de la Commissaire aux plaintes du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais portant sur la qualité des soins fournis à X dans le rapport d'analyse clinique dans le dossier de plainte 2022-00360.</i></p> <p><i>De prévoir dans les ententes de services avec les résidences privées pour aînés (RPA) offrant de l'hébergement en résidence intermédiaire, une offre de soins de confort comparable à celle reçue en milieu hospitalier pour les usagers RI dont la condition nécessite des soins palliatifs, et qui à défaut de ne pouvoir être assurée par le personnel en RI du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais ou le milieu hospitalier, pourrait l'être par le personnel infirmier et médical de la RPA ou par un autre tiers qualifié;</i></p> <p><i>De préciser l'offre médicale pouvant être offerte dans un contexte de fin de vie en hébergement RI lorsque la décision est prise (par l'équipe multidisciplinaire) afin d'éviter l'imputation de la responsabilité des soins de fin de vie à un tiers (comme un médecin ou autre professionnel ne faisant pas partie de l'Équipe RI) sans que celui-ci ait un mandat ferme de l'équipe RI laquelle détient dans les faits, la responsabilité d'évaluer les soins et d'en assurer la prestation.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transmission du suivi du plan d'amélioration;</li> <li>✓ Présence de la politique 0-82, effective depuis le 19 mai 2022; elle encadre la notion de soins palliatifs et de fin de vie au CISSS de l'Outaouais.</li> </ul>

## Les autres instances

### Les médecins examinateurs

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

En 2023-2024, de l'analyse et du traitement des 179 dossiers de plaintes portés à l'attention des médecins examinateurs, 5 dossiers, ont mené à la formulation de recommandations adressées à l'Établissement, qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services.

Thématique	Résumé ou exemples des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
Soins et services dispensés	- Un feuillet d'information est désormais distribué aux usagers après un cytoscopie.

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

Le CUCI a transmis 3 recommandations à l'établissement le 31 mars 2024 :

1. Que le CISSS de l'Outaouais assure un meilleur accompagnement aux usagers en fin de vie et ainsi qu'à leurs proches et prévoir un environnement mieux adapté à leur réalité (ex : espace privé) ;
2. Que le CISSS de l'Outaouais s'assure que la clientèle des usagers DI-TSA reçoivent des soins buccodentaires appropriés et périodiquement ;
3. Que le CISSS de l'Outaouais s'assure que la procédure d'identification du personnel soit respectée dans toutes les installations de l'établissement (ex : s'identifier auprès de l'utilisateur et rencontre visible sa carte d'identification).

En cours de réalisation pour 2024-2025.

### 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 2023 au 31 mars 2024) :

	Mission CH	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	533	<b>533</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>133</b>
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	98	<b>98</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>355</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)	310	<b>310</b>

*Veillez noter qu'il n'y a eu aucune mise sous garde pour les missions CHSLD, CLSC et centre de réadaptation (CR) en 2023-2024 dans notre établissement. Aussi, pour des raisons administratives, les données du mois d'avril 2023 sont incomplètes. Les chiffres ainsi présentés sont inférieurs au nombre réel de gardes de l'établissement pour cette période de référence.*

### 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://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/> à la section « *MON CISSS* ».

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

Le CISSS de l'Outaouais est un organisme public qui a le devoir d'informer la population et les médias sur le réseau de la santé et de services sociaux en Outaouais. Les défis sont nombreux en Outaouais et il demeure primordial de bien informer la population, surtout en ce qui a trait aux impacts de pénurie de main d'œuvre.

Malgré une légère baisse de visiteurs et de visites pour notre site Web, tous nos comptes de médias sociaux ont connu des gains d'abonnés et de pages vues, ce qui démontre la popularité des informations qui s'y retrouvent et l'intérêt de la population pour ce qui y est diffusé.

Quelques chiffres...

- 41 communiqués de presse
- 855 demandes médias
- 16 points de presse
- 3 594 108 pages vues sur le site Web
- 22 289 abonnés Facebook
- 87 capsules vidéo

Les membres du conseil d'administration ont maintenu un contact étroit avec les citoyens de l'ensemble du territoire. Les dix séances régulières et les sept séances spéciales en 2023-2024 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 14 décembre 2024, le conseil d'administration a tenu sa séance d'information publique annuelle, dans laquelle il a présenté les principales réalisations de la dernière année, de même que les nouvelles orientations et les principaux enjeux.

La communication sous toutes ses formes...

Au CISSS de l'Outaouais, communiquer est aussi une façon de s'améliorer. Ainsi, l'intégration de patients partenaires à des comités de travail et de recherche est un excellent moyen pour consulter les usagers. Pour sa part, le site Web est utilisé pour les communications plus formelles, comme le

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

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

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

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

---

L'année 2023-2024 a été marquée par l'adoption du projet de loi 11, qui a modifié la Loi concernant les soins de fin de vie. Bien que les changements aient été adoptés en juin 2023, l'entrée en vigueur des différentes dispositions a été soit immédiate, reportée à des dates fixes ou reste encore à déterminer.

Parmi les changements dont l'application a été immédiate :

- La possibilité pour les infirmiers de constater et compléter le bulletin de décès SP3. Afin de favoriser l'intégration de cette pratique au sein de l'organisation, un plan de communication ainsi qu'une formation obligatoire concernant « *La démarche clinique permettant à l'infirmière de constater le décès* » ont été déployés.
- La possibilité d'administrer l'aide médicale à mourir (AMM) dans un autre lieu qu'un établissement de santé, une maison de soins palliatifs ou un domicile. Cette pratique encadrée requiert à ce que le lieu obtienne préalablement l'autorisation de la directrice des services professionnels et de la pertinence clinique ou encore de la directrice des soins infirmiers.

Depuis le 7 décembre 2023 :

- Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent évaluer et administrer l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue. À cet effet, quatre IPS de la région ont à ce jour manifesté leur intérêt. Ces professionnels ont bénéficié de l'accompagnement et l'encadrement

de médecins mentors afin d'acquérir l'expertise nécessaire à la réalisation des évaluations et à la prestation du soin.

- Les maisons de soins palliatifs ont l'obligation d'inclure l'AMM dans l'offre de soins de fin de vie et ont l'interdiction de refuser de recevoir une personne pour le seul motif que cette dernière a formulé une demande d'AMM. Des échanges constructifs ont eu lieu entre l'organisation et les maisons de soins palliatifs de la région afin d'identifier les mécanismes de soutien requis. L'adhésion au département de médecine générale du CISSS de l'Outaouais des médecins qui œuvrent dans ces centres a été complété au cours de la dernière année. À cet effet, le « Service des Maisons de soins palliatifs » a été créé et un chef de sous-service médical par centre a été nommé.

Depuis le 7 mars 2024 :

- Les personnes présentant une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes peuvent obtenir l'AMM si toutes les autres conditions prévues à la Loi et au Code criminel sont rencontrées. Des présentations du médecin conseil de l'AMM du CISSS de l'Outaouais, des capsules d'information et la révision des outils a favorisé la gestion de ce changement.

Par ailleurs, les travaux de la dernière année ont également permis de consolider les processus et les règles d'affaire du guichet de soins palliatifs et de fin de vie. Les demandes d'AMM qui y transigent sont traitées de manière à favoriser leur coordination pour une prise en charge rapide, à assurer la surveillance et la vigie des demandes en cours en plus de faciliter la reddition de compte.

Le comité d'évaluation de l'acte de l'AMM s'est quant à lui réuni à quatre reprises au cours de la dernière année afin d'évaluer les AMM administrées. L'analyse réalisée par les membres du comité a permis d'attester que l'ensemble des AMM administrées sur le territoire ont été réalisées dans la conformité des normes législatives. Un rapport consécutif à chacune de ces rencontres a été déposé au comité de l'évaluation de l'acte médical (CEAM) du comité exécutif du CMDP.

Le nombre d'AMM formulées a augmenté au cours de la dernière année (225 demandes en 2022-2023; 292 demandes en 2023-2024) et le nombre d'administration a également poursuivi sa progression (178 en 2022-2023; 192 en 2023-2024). L'assouplissement des règles d'admissibilité, l'information offerte aux différents intervenants de la région, la médiatisation du soin ainsi que la croissance de l'acceptabilité sociale peuvent expliquer l'augmentation. Afin de répondre à la demande, 104 professionnels compétents ont participé à l'évaluation des demandes et 41 professionnels compétents ont administré l'AMM.

Il y est important de souligner la stagnation du nombre de déclaration d'administration de sédation palliative continue (SPC). Cette tendance peut être expliquée par une sous-déclaration et des travaux seront entrepris afin de corriger la situation le cas échéant.

Enfin, les priorités pour l'année 2024-2025 s'inscrivent dans la continuité. Elles visent toujours l'amélioration de l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité pour la population de

l'Outaouais. La mise en œuvre du plan d'action du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS), le recrutement des professionnels compétents pour administrer et évaluer les demandes d'AMM, la reprise des travaux de la gouverne de soins palliatifs et de fin de vie ainsi le soutien, la formation et la sensibilisation des équipes de soins sont les moyens identifiés pour y parvenir.

Rapport du président-directeur général au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais  
 et à la Commission sur les soins de fin de vie  
 (Loi 2, Chapitre III, art. 8)  
 Exercice : 2023-2024 (1er avril 2023 au 31 mars 2024)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2525
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	74
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	292
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	192
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <i>Personne ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation</i> <i>Personne n'a retiré sa demande/a changé d'avis</i> <i>Personne décédée avant l'administration</i>	127

## 7. LES RESSOURCES HUMAINES

---

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

#### Répartition de l'effectif en 2023 par catégorie de personnel CISSS de l'Outaouais (1104-5218)

Exceptionnellement, ces données ne seront pas inscrites dans le rapport annuel de gestion 2023-2024.

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

En vertu de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE), le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de communiquer à son réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes visés les cibles à atteindre ainsi que les résultats trimestriels et annuels pour les fins d'inscription à vos rapports annuels de gestion.

Pour des raisons hors contrôle, le MSSS ne peut malheureusement nous transmettre la cible finale des heures rémunérées 2023-2024 ainsi que les résultats finaux à l'intérieur des délais impartis.

Exceptionnellement, ces données ne seront pas inscrites dans le rapport annuel de gestion 2023-2024.

## 8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

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

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	41 363 748\$	3,23%	32 979 811\$	2,30%	(8 383 937)\$	-20,27%
Services généraux – activités cliniques et d'aide	75 638 302\$	5,91%	94 499 790\$	6,59%	18 861 488\$	24,94%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	210 840 800\$	16,47%	257 913 961\$	17,99%	47 073 161\$	22,33%
Déficience physique	51 406 455\$	4,02%	59 441 588\$	4,15%	8 035 133\$	15,63%
Déficience intellectuelle et TSA	56 530 641\$	4,42%	66 533 844\$	4,64%	10 003 203\$	17,70%
Jeunes en difficulté	79 692 701\$	6,23%	87 664 939\$	6,11%	7 972 238\$	10,00%
Dépendances	13 342 592\$	1,04%	10 108 712\$	0,71%	(3 233 880)\$	-24,24%
Santé mentale	88 975 356\$	6,95%	105 718 710\$	7,37%	16 743 354\$	18,82%
Santé physique	418 615 363\$	32,70%	454 121 465\$	31,67%	35 506 102\$	8,48%
<b>Programmes soutien</b>						
Administration	78 051 924\$	6,10%	93 354 554\$	6,51%	15 302 630\$	19,61%
Soutien aux services	89 762 322\$	7,01%	98 409 917\$	6,86%	8 647 595\$	9,63%
Gestion des bâtiments et des équipements	75 904 342\$	5,93%	72 994 609\$	5,09%	(2 909 733)\$	-3,83%
<b>Total</b>	<b>1 280 124 546\$</b>	<b>100%</b>	<b>1 433 741 900\$</b>	<b>100%</b>	<b>153 617 354\$</b>	<b>12%</b>

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

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

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

## 8.2 L'équilibre budgétaire

Le résultat global de l'année financière se termine avec un déficit de 47 728 023 \$ présenté de la façon suivante :

- Fonds d'exploitations : déficit de 48 374 770 \$
- Fonds d'immobilisations : surplus de 646 747 \$

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

Le déficit découlant du fond d'exploitation s'explique majoritairement par une augmentation des coûts liés aux besoins croissants de la population de l'Outaouais en soins à domicile et en santé mentale qui représentent 39 M\$ environ.

Ainsi, pour continuer à maintenir les services offert à la population de l'Outaouais en soutien a domicile et santé mentale et respecter notre obligation légale d'équilibre budgétaire, l'établissement et le MSSS ont entrepris des actions explicitées dans le budget 2024-2025 adopté en vue de permettre au CISSSO d'assurer une offre de service auprès de la communauté.

## 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 2023 et le 31 mars 2024, sont les suivants :

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	15	1 379 550.00 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	147	145 782 911.26 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>162</b>	<b>147 162 461.26 \$</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 2023-2024 et qui ont contribué à l'atteinte de la mission de l'organisation sont présentés ci-dessous. Ces réalisations ont eu un impact important sur la performance organisationnelle.

#### Mise en place d'un portail clinique virtuelle (phase 1)

Bénéfices : Permettre d'améliorer l'accessibilité des professionnels aux différents applicatifs cliniques dans le but de diminuer considérablement les délais dans leurs interventions. De plus, ce projet permet la virtualisation de bureau, la gestion de la sécurité et de la conformité des données et l'Intégration de données.

#### Mise en place d'un projet de gestion de relation client en santé mentale (phase2)

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

#### Unification des systèmes de rendez-vous et d'index/ADT et l'extension de l'index patient maître (projet K2) – 2022-2024

Bénéfices : Permettre une unification de nos systèmes de rendez-vous qui vient simplifier les liens d'interfaces entre les systèmes, normaliser les pratiques de prise de rendez-vous dans l'organisation pour soutenir l'échange de renseignements informatisés entre les intervenants du réseau. Elle permet de rendre plus efficaces, uniformes et performants les processus de gestion de prise de rendez-vous dans l'organisation. Celle-ci permet une fluidité des ressources humaines, par le partage de connaissances et mobilité accrue.

#### Implantation d'un SIP (système d'information en pharmacie)

Bénéfices : Permettre d'ajouter les interfaces pour les CHSLD régionaux qui ne sont pas liés à celui-ci, standardiser les processus pour l'ensemble des installations/sites, obtenir une solution

permettant l'option d'un prescripteur électronique et FADM (feuille d'administration des médicaments) électronique pour les besoins des MDA/MA et du futur Centre hospitalier affilié et universitaire (CHAU). Il a été possible de profiter de la mise en place du nouvel IPMÉ (Index Patient Maître Établissement) de la solution d'intégration eClinibase, en cours dans le projet K2 (remplacement HP3000), pour s'interfacer avec l'ensemble des systèmes d'admission.

#### SILP (Système d'information en laboratoire provincial) - Implantation septembre 2024

Bénéfices : Permettre de simplifier les tâches des équipes en réduisant la saisie manuelle d'informations. Les résultats des échantillons envoyés à l'extérieur de l'établissement seront disponibles plus rapidement, car ils ne nécessiteront plus de manipulation et seront directement accessibles dans le système d'information de laboratoire.

#### Gestion d'identités et d'accès (Phase 1 – les urgences)

Bénéfices : Permettre de moderniser l'infrastructure de travail, améliorer la qualité du service offert aux usagers dans leur quotidien, renforcer l'image corporative et la fierté des employés de l'organisation et augmenter la productivité du personnel. Nous envisageons la phase 2 qui sera d'élargir son implantation aux autres secteurs cliniques.

#### Rehaussement du système archivage et de communication d'image en radiologie (PACS)

Bénéfices : Permettre l'uniformisation des systèmes d'archivage et de communications d'image en radiologies par : élimination des serveurs et postes de travail désuets qui ont des risques de sécurité, mise à jour du PACS et des systèmes tiers comme le Système d'information en radiologie, la dictée numérique et les systèmes d'assistance au diagnostic et correction des problèmes d'application et d'intégration connus actuellement et directement reliés aux versions désuètes du PACS et de Windows.

#### Projet 735 KM- Gestion de stagiaire à distance (Gatineau-Rimouski)

Bénéfices : Permettre de faire la gestion de stagiaire à distance par le biais de la technologie qui avait comme objectif de réduire les obstacles géographiques. Grâce au courage et à la créativité des deux organisations, nous avons établi les bases essentielles au déploiement d'un projet simple et novateur permettant la tenue d'activités d'enseignement, la supervision et l'évaluation des stagiaires à distance, en temps réel et dans le respect des données sensibles.

L'utilisation de lunette Hololens portée par un moniteur de stage (Gatineau) permet à l'évaluateur (Rimouski) d'interagir en temps réel avec le stagiaire et même avec le moniteur, comme s'il était dans la salle. L'intégration d'applications sur les appareils d'échographie est également en déploiement,

permettant de partager les images de l'échographe, en temps réel. Projet qui a été nommé à l'OCTAS qui est une vitrine annuelle qui met en lumière les initiatives technologiques les plus innovantes au Québec. Elles récompensent l'excellence et l'impact des projets qui repoussent les limites de la technologie pour répondre aux besoins de la société.

#### Projet espace clinique Outaouais

Bénéfices : Permettre de soutenir le personnel clinique dans leur démarche de recherche de formulaire ou bien de documentation sur certains sujets par rapport à la santé des usagers. Cette solution fait en sorte que nos professionnelles de la santé peuvent se concentrer à offrir de meilleurs soins sans se tracasser d'aller chercher l'information à différent endroit.

**Valeur induite par les ressources informationnelles sur la performance organisationnelle, notamment par les bénéfices générés par la mise en place de projet, actifs ou services en ressources informations.**

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

Considérant que la page 140 a été supprimée dans le rapport financier par le MSSS, cette section est retirée du rapport annuel 2023-2024 .

## 11. LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

---

### Reddition de comptes 2023-2024 – Divulgation d'actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n'a été divulgué dans le CISSS de l'Outaouais pour l'année 2023-2024.



---

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

---

Le 25 avril 2024

## 12. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

---

Le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais reconnaît cent soixante-quatre (164) organismes communautaires.

Cent quarante (140) d'entre eux reçoivent une contribution financière en support à la mission globale par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), pour supporter la mission de l'organisme. Une enveloppe de plus de 45 M y est allouée.

Le tableau en annexe met en parallèle les subventions accordées aux organismes pour les années 2022-2023 et 2023-2024.

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 :

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

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

- Le Cadre normatif du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)
- Le Cadre de référence de relation et de soutien financier pour les organismes communautaires de l'Outaouais
- La Convention de soutien financier 2015-2018 (celle-ci a été renouvelée par le ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] jusqu'au 31 mars 2026)

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 2022-2023 et 2023-2024

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		TOTAL ALLOUÉ en mission globale	
		2022-2023	2023-2024
1	Académie des retraités de l'Outaouais	64 762 \$	67 158 \$
2	Accompagnement des femmes immigrantes de l'Outaouais	131 811 \$	204 774 \$
3	Action-Quartiers	99 072 \$	102 738 \$
4	Adojeune inc.	842 057 \$	886 068 \$
5	Aidants unis pour recréer ensemble des soutiens	66 006 \$	68 448 \$
6	Albatros Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki)	10 603 \$	10 995 \$
7	Alliance alimentaire Papineau	107 509 \$	176 506 \$
8	Antre-Hulloises inc.	255 230 \$	277 528 \$
9	Association des neurotraumatisés — Région de l'Outaouais	123 872 \$	136 409 \$
10	Association des personnes vivant avec la douleur chronique	133 988 \$	138 946 \$
11	Association pour l'intégration communautaire de la Vallée-de-la-Gatineau 'La Lanterne'	136 646 \$	191 799 \$
12	Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais	658 604 \$	695 826 \$
13	Association pour Personnes Exceptionnelles de Papineau inc.	83 725 \$	86 823 \$
14	Association pour Personnes Handicapées de Papineau	118 608 \$	122 996 \$
15	Association répit communautaire	141 757 \$	147 002 \$
16	Centre de Formation Adaptée Petite-Nation (anciennement Atelier de formation socioprofessionnelle de la Petite Nation)	200 795 \$	221 078 \$
17	Avenue des Jeunes	829 825 \$	860 529 \$
18	Banque alimentaire de la Lièvre (anciennement La Mie de l'entraide)	180 806 \$	200 350 \$
19	Banque Alimentaire — Services Entraide	180 806 \$	200 350 \$
20	Banque Alimentaire de la Petite-Nation	109 328 \$	153 373 \$
21	Bouffe Pontiac	180 806 \$	204 775 \$
22	Bureau régional d'action SIDA (Outaouais)	581 014 \$	615 366 \$
23	CAMPUS 3	271 641 \$	281 692 \$
24	CAP Santé Outaouais (Centre d'activités promotionnelles)	282 666 \$	305 979 \$
25	Centre alimentaire d'Aylmer	180 806 \$	187 496 \$
26	Centre d'action bénévole — A C C E S	202 098 \$	222 430 \$

27	Centre d'action bénévole de Hull	253 924 \$	324 705 \$
28	Centre d'action générations des aînés de la Vallée-de-la-Lièvre	313 923 \$	378 154 \$
29	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Vallée-de-la-Gatineau (CALACS Vallée-de-la-Gatineau)	235 661 \$	244 380 \$
30	Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles-Outaouais (CALAS)	645 258 \$	794 133 \$
31	Centre de ressources Connexions	139 043 \$	175 163 \$
32	Centre d'entraide aux aînés	259 894 \$	282 364 \$
33	Centre des jeunes de Wakefield	96 694 \$	100 272 \$
34	Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais	1 171 080 \$	1 227 264 \$
35	Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille	717 984 \$	869 549 \$
36	Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais	313 379 \$	337 828 \$
37	Centre Inter-Section	673 552 \$	711 327 \$
38	Centre Intervalle Pontiac	437 454 \$	466 494 \$
39	Centre Jean Bosco de Maniwaki inc.	256 950 \$	266 457 \$
40	Centre Kogaluk	149 239 \$	204 774 \$
41	Centre Serge Béclair	113 643 \$	117 848 \$
42	Club d'âge d'or Martel de L'île-du-Grand-Calumet (anciennement Club d'âge d'or Monseigneur Martel de L'île-du-Grand-Calumet)	26 837 \$	27 830 \$
43	Club de l'âge d'or de Fort-Coulonge, Québec	62 891 \$	65 218 \$
44	Comité de transport bénévole de l'Ouest du Pontiac et de Rapides-des-Joachims	51 607 \$	53 516 \$
45	Comité de Transport bénévole d'Otter Lake	18 364 \$	19 043 \$
46	Comité régional troisième âge Papineau	234 741 \$	256 280 \$
47	Comptoir St-Pierre de Fort-Coulonge inc.	67 123 \$	69 607 \$
48	Diabète Outaouais inc.	88 655 \$	91 935 \$
49	Dîner pour mieux apprendre (anciennement Table de Bethléem/Œuvre d'Edna Charrette)	62 894 \$	176 506 \$
50	Donne-toi une chance	765 640 \$	1 233 969 \$
51	Droits-Accès de l'Outaouais	334 618 \$	359 853 \$
52	Entraide familiale de l'Outaouais inc.	144 419 \$	189 763 \$
53	Entraide-Deuil de l'Outaouais	168 958 \$	188 063 \$
54	Entre deux roues	124 378 \$	204 774 \$
55	Épilepsie Outaouais inc.	55 650 \$	
56	Espace Outaouais inc.	406 872 \$	421 926 \$
57	Être et Devenir	104 418 \$	158 281 \$
58	Femmes de l'Outaouais	113 643 \$	117 848 \$
59	Grenier d'apprentissage Jacques L.Charbonneau	113 643 \$	117 848 \$
60	Groupe communautaire Deschênes	108 752 \$	112 776 \$

61	Groupe d'entraide et de solidarité sociale pour hommes du Pontiac	345 365 \$	358 144 \$
62	Groupe Entre-Femmes de l'Outaouais	95 270 \$	98 795 \$
63	Halte-Femme Haute-Gatineau	1 129 933 \$	1 195 283 \$
64	Itinérance Zéro	62 891 \$	65 218 \$
65	Jeunesse Idem	113 643 \$	204 774 \$
66	Jeunesse sans Frontières de la Vallée de la Gatineau	147 203 \$	152 649 \$
67	La Maison Alonzo Wright	120 453 \$	176 506 \$
68	La Maison 'Unies-Vers-Femmes'	1 226 846 \$	1 299 975 \$
69	La Mie du Partage	21 864 \$	22 673 \$
70	La Pointe aux jeunes inc.	207 587 \$	228 122 \$
71	La Saga Maison des jeunes (anciennement Saga Jeunesse)	163 905 \$	204 774 \$
72	La Soupière de l'Amitié de Gatineau inc.	180 806 \$	200 350 \$
73	La source des jeunes	122 927 \$	127 475 \$
74	La Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais	176 257 \$	195 633 \$
75	L'Alternative Outaouais	552 317 \$	585 607 \$
76	L'Amicale des handicapées physiques de l'Outaouais	145 028 \$	150 394 \$
77	L'Apogée Association pour parents et amis de la personne ayant un problème de santé mentale	404 729 \$	432 558 \$
78	L'Arche Outaouais inc.	630 214 \$	767 748 \$
79	L'Association de l'ouïe de l'Outaouais	211 405 \$	232 081 \$
80	L'Association pour enfants ayant des troubles d'apprentissage (Chapitre de l'Outaouais)	113 647 \$	142 852 \$
81	L'Association pour la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme chez les femmes de l'Outaouais	135 075 \$	176 507 \$
82	L'Autre chez soi inc.	1 167 477 \$	1 223 528 \$
83	Le Belvédère Jeunesse Outaouais	69 400 \$	71 968 \$
84	Le Boulev-Art de la Vallée	1 082 605 \$	1 135 515 \$
85	Le Centre Actu-Elle	261 577 \$	284 109 \$
86	Le Centre d'action bénévole de Gatineau	254 436 \$	298 077 \$
87	Le Centre d'Entraide La Destinée	260 152 \$	269 778 \$
88	Le Centre Mechtilde	1 448 187 \$	1 514 624 \$
89	Le Gîte Ami	1 056 685 \$	1 108 636 \$
90	Le Grenier des Collines	154 273 \$	159 981 \$
91	Le Jardin Éducatif du Pontiac	139 573 \$	204 774 \$
92	Le Mashado	208 511 \$	216 226 \$
93	Le Mimosa du Quartier	39 931 \$	41 408 \$

94	Le Mont d'Or	147 989 \$	205 476 \$
95	L'Entourelle	1 136 069 \$	1 195 510 \$
96	L'Entraide de la Vallée	122 469 \$	96 114 \$
97	L'Envol S. R. T. Service de retour au travail	162 651 \$	181 523 \$
98	L'Équipe des bénévoles de la Haute-Gatineau	137 587 \$	176 507 \$
99	Les ami(e)s du Manoir St-Joseph	87 052 \$	100 273 \$
100	Les Apprentis (Centre d'apprentissage pour la déficience intellectuelle)	236 087 \$	257 676 \$
101	Les Grands Frères et Grandes Sœurs de l'Outaouais inc.	80 864 \$	146 748 \$
102	Les Habitations Nouveau Départ	426 865 \$	455 513 \$
103	Les Habitations partagées de l'Outaouais inc.	197 141 \$	204 435 \$
104	Les Maisons des jeunes du Pontiac	304 707 \$	315 981 \$
105	Les Œuvres Isidore Ostiguy	160 979 \$	166 935 \$
106	L'Impact — Rivière Gatineau	599 469 \$	621 649 \$
107	Logement intégré de Hull inc.	1 003 754 \$	1 040 893 \$
108	M-Ado Jeunes	228 968 \$	250 294 \$
109	Maison amitié de la Haute-Gatineau	450 419 \$	467 085 \$
110	Maison communautaire Daniel-Johnson	114 117 \$	118 339 \$
111	Maison d'accueil Mutchmore	87 486 \$	120 723 \$
112	Maison de jeunes Val-Jeunesse	122 927 \$	127 475 \$
113	Maison de l'Amitié de Hull	87 890 \$	91 142 \$
114	Maison de Quartier Notre-Dame	104 384 \$	108 246 \$
115	Maison d'Hébergement Pour Elles Des Deux Vallées	1 147 139 \$	1 206 918 \$
116	Maison le Ricochet	794 611 \$	824 012 \$
117	Maison Libère-Elles	1 113 932 \$	1 168 001 \$
118	Maison-Réalité Inc	1 004 728 \$	1 041 903 \$
119	Mani-Jeunes Inc.	179 025 \$	185 649 \$
120	Moisson Outaouais	180 806 \$	200 350 \$
121	Mon Chez-Nous Incorporée	215 007 \$	235 816 \$
122	Naissance-Renaissance Outaouais	199 684 \$	219 926 \$
123	Parkinson Outaouais	62 891 \$	65 218 \$
124	Prévention C.É.S.A.R. Petite-Nation	373 418 \$	387 234 \$
125	Regroupement des clubs d'âge d'or de la Vallée-de-la-Gatineau	150 061 \$	155 613 \$
126	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)	79 008 \$	94 785 \$
127	Réseau Outaouais ISP	70 894 \$	117 912 \$
128	Salon des jeunes de Thurso	122 080 \$	176 597 \$
129	Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale S. A. I. S.	76 792 \$	79 633 \$

130	Services aux Aînés des Collines (anciennement Table Autonome des Aînés des Collines)	80 303 \$	83 274 \$
131	Société Alzheimer Outaouais	661 750 \$	735 290 \$
132	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Outaouais	68 076 \$	104 546 \$
133	SOS Contact AI-To Inc	121 385 \$	164 491 \$
134	Soupe populaire de Hull inc.	428 285 \$	456 986 \$
135	Soupe Populaire Saint-François de Sales	62 891 \$	65 218 \$
136	Suicide Détour	205 211 \$	225 658 \$
137	Tel-Aide Outaouais (Québec)	215 508 \$	236 336 \$
138	Trait d'Union Outaouais inc.	706 678 \$	745 679 \$
139	Transport de l'âge d'or Campbell's Bay	48 919 \$	50 729 \$
140	Voix et Solidarité des Aidants Naturels de la Vallée de la Gatineau	95 271 \$	175 163 \$
<b>TOTAL</b>		<b>42 054 484 \$</b>	<b>46 331 398 \$</b>

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



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

Émis par : Conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

## Table des matières

PRÉAMBULE .....	68
Section 1 .....	69
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	69
1.1 Objectifs généraux .....	69
1.2 Fondement légal .....	69
1.3 Définitions .....	70
1.4 Champ d'application.....	71
1.5 Disposition finale.....	71
1.6 Diffusion .....	71
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....	73
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> .....	81
4.4 Processus visant à adresser un manquement à l'égard des règles de déontologie.....	95
4.5 Processus disciplinaire.....	96
4.6 Notion d'indépendance .....	98
4.7 Obligations en fin du mandat .....	98
<b>Annexe I – Engagement et affirmation du membre .....</b>	<b>100</b>
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance .....	101
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	102
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général .....	103
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	104
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	93
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	94

## **PRÉAMBULE**

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

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

## Section 1

### 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 1.1 Objectifs généraux

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

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

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

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

#### 1.2 Fondement légal

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

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

### 1.3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

<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.

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

## Section 2

### 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'actionariat 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.

**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** 