

# Rapport annuel de gestion

## 2017-2018

CHU de Québec-Université Laval

Juin 2018

## Table des matières

Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration .....	1
Déclaration de fiabilité de l'établissement .....	3
Présentation de l'établissement .....	4
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval.....	5
Nos orientations stratégiques.....	6
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil.....	7
Les programmes et les services offerts .....	8
Statistiques opérationnelles .....	12
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives.....	14
Rapport d'éthique et de déontologie .....	14
Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2018) .....	15
Les comités du conseil d'administration .....	16
Activités de l'établissement (faits saillants) .....	20
Don d'organes et de tissus humains .....	24
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec .....	25
Le Centre SpiritualitéSanté de la Capitale-Nationale .....	26
La recherche au centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval .....	33
L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval .....	36
Principaux projets de développement immobiliers au CHU.....	40
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité .....	43
Chapitre III – Attentes spécifiques .....	43
Chapitre IV – Engagements annuels .....	49
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services .....	59
L'agrément.....	59
Suivis apportés aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport .....	59
La sécurité et la qualité des soins et des services .....	59
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents .....	59
La nature des principaux types d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance .....	59
Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place.....	59
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers.....	61
Les mesures mises en place par l'établissement ou son Comité de vigilance et de la qualité .....	62
Commissaire aux plaintes – recommandations adressées à l'établissement .....	62
Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement.....	63
Coroner – recommandations adressées à l'établissement .....	63
Autres recommandations adressées à l'établissement .....	63
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018 .....	64
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	65
Application de la politique concernant les soins de fin de vie .....	66
Les ressources humaines – gestion et contrôle des effectifs au 31 mars 2018 .....	67
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2018 .....	68
Les ressources financières .....	69
Utilisation des ressources budgétaires et financières.....	69
L'équilibre budgétaire .....	71
Les contrats de service .....	71

État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant .....72  
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....76

## Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration

Une autre année riche en événements et en réalisations vient de se terminer pour nous. Et le début d'une nouvelle année est l'occasion propice pour réfléchir à celle qui vient de finir afin de mieux établir les priorités de celle qui s'amorce.

Le bilan de cette réflexion a confirmé que les défis sur lesquels nous nous sommes attardés ont été nombreux et parfois complexes. Nous avons aussi constaté que certains d'entre eux, par leur nature et par leur envergure, nécessitent plus de temps pour se réaliser pleinement. C'est pourquoi nous avons choisi de poursuivre ce que nous avons entamé, afin de faire encore mieux, ensemble. Ainsi, nos objectifs prioritaires pour l'année 2018-2019 vont dans le sens de la consolidation de nos acquis et de la continuité.

Au cours des derniers mois, nous avons, en tant qu'individus, mais surtout en tant qu'équipe, accompli un travail considérable. Les résultats remarquables que ce travail a produits, dont voici un résumé, s'inscrivent dans nos orientations stratégiques.

Afin de **prioriser l'expérience patient**, nous avons réussi à améliorer l'accès dans plusieurs secteurs, à réduire l'attente pour certains soins ainsi qu'à ajouter de nouveaux services, et ce, malgré une généralisation de l'augmentation de la demande. Ainsi, l'accès a été amélioré pour le traitement des tumeurs neuroendocrines, pour les examens d'imagerie médicale, pour la prise en charge du diabète de novo, pour les services d'hémodialyse en région et pour les greffes rénales.

D'autre part, le temps d'attente pour les chirurgies et pour les cystoscopies a été significativement diminué, tandis que la durée moyenne de séjour aux urgences a été réduite, tout comme le nombre de visites hors délai en dermatologie.

En plus de ces améliorations notables, de nouveaux programmes ont été implantés, dont ceux de neurochirurgie pédiatrique, de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés et de dépistage néonatal sanguin de la fibrose kystique.

Pour **atteindre les plus hauts standards de qualité**, nous avons adopté une politique sur le bilan comparatif des médicaments et avons continué l'implantation de ce processus dans tous les secteurs du CHU. Nous avons également poursuivi nos efforts afin d'harmoniser l'offre alimentaire et d'optimiser la gestion des menus. De plus, le chantier de la pertinence est demeuré très actif, comme en témoigne le dépôt de la 100<sup>e</sup> publication de l'UETMIS en février 2018.

Afin d'offrir une expérience patient sécuritaire et de très haute qualité, tout en améliorant l'accès aux services, certains d'entre eux ont modifié leur offre, notamment dans les secteurs de l'audiologie et de l'orthophonie. Une expérience patient sécuritaire est également assurée par la mise en place des meilleures pratiques en sécurité civile : grâce à plusieurs formations et simulations, tous les intervenants du CHU sont mieux préparés que jamais à faire face à des situations d'urgence.

En 2017-2018, nous nous sommes une fois de plus **distingués parmi les meilleurs**. À tous les niveaux de l'organisation et dans tous les secteurs, de nombreux acteurs ont remporté des distinctions et prix locaux, nationaux, voire internationaux.

En ce qui a trait aux finances, nous avons continué d'afficher l'une des meilleures performances parmi les établissements du réseau.

Quant au Centre de recherche du CHU, il a maintenu sa position en tête du palmarès nord-américain de la recherche francophone en santé. D'ailleurs, l'adoption du plan stratégique de la recherche clinique assurera un leadership fort au CHU tout en donnant une forte impulsion au développement de ce vaste secteur.

Enfin, l'intégration des quatre missions de l'établissement s'est concrétisée à travers plusieurs réalisations, dont la collaboration du CHU à la mise en place et en fonction du Centre intégré d'impression 3D et au Centre de soutien du CDO – Cristal-Net.

En parallèle de toutes ces réalisations, nous déployons beaucoup d'énergie pour **construire un véritable CHU** : la phase 1 du nouveau complexe hospitalier est bien entamée et comprend la centrale d'énergie, le bâtiment des génératrices, le Centre intégré de cancérologie, une partie des stationnements et le tunnel d'accès. En simultanée, la planification de la phase 2, qui touche au bâtiment des soins critiques, au centre de recherche et au réaménagement de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, se poursuit. Le nouveau complexe hospitalier est un projet majeur du réseau de la santé qui aura des retombées positives pour toute la population de l'est du Québec.

Ces quelques exemples ne donnent qu'un maigre aperçu du travail colossal qui a été accompli par nos équipes pendant les derniers mois. Et ce travail se poursuit! Tous animés par une même volonté et par une même passion, infirmières, médecins, chercheurs, professionnels de la santé, préposés, gens de métier, employés administratifs, gestionnaires et bénévoles du CHU continuent de relever les petits et grands défis liés au maintien de la santé. Nous leur en sommes infiniment reconnaissants.

Nous tenons également à remercier nos partenaires, et plus particulièrement la Fondation du CHU de Québec, qui œuvrent jour après jour à l'avancée des soins et de la recherche.



Gaston Bédard  
Président du conseil d'administration



Gertrude Bourdon  
Présidente-directrice générale

## Déclaration de fiabilité de l'établissement

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du CHU de Québec-Université Laval :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel 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 2018.

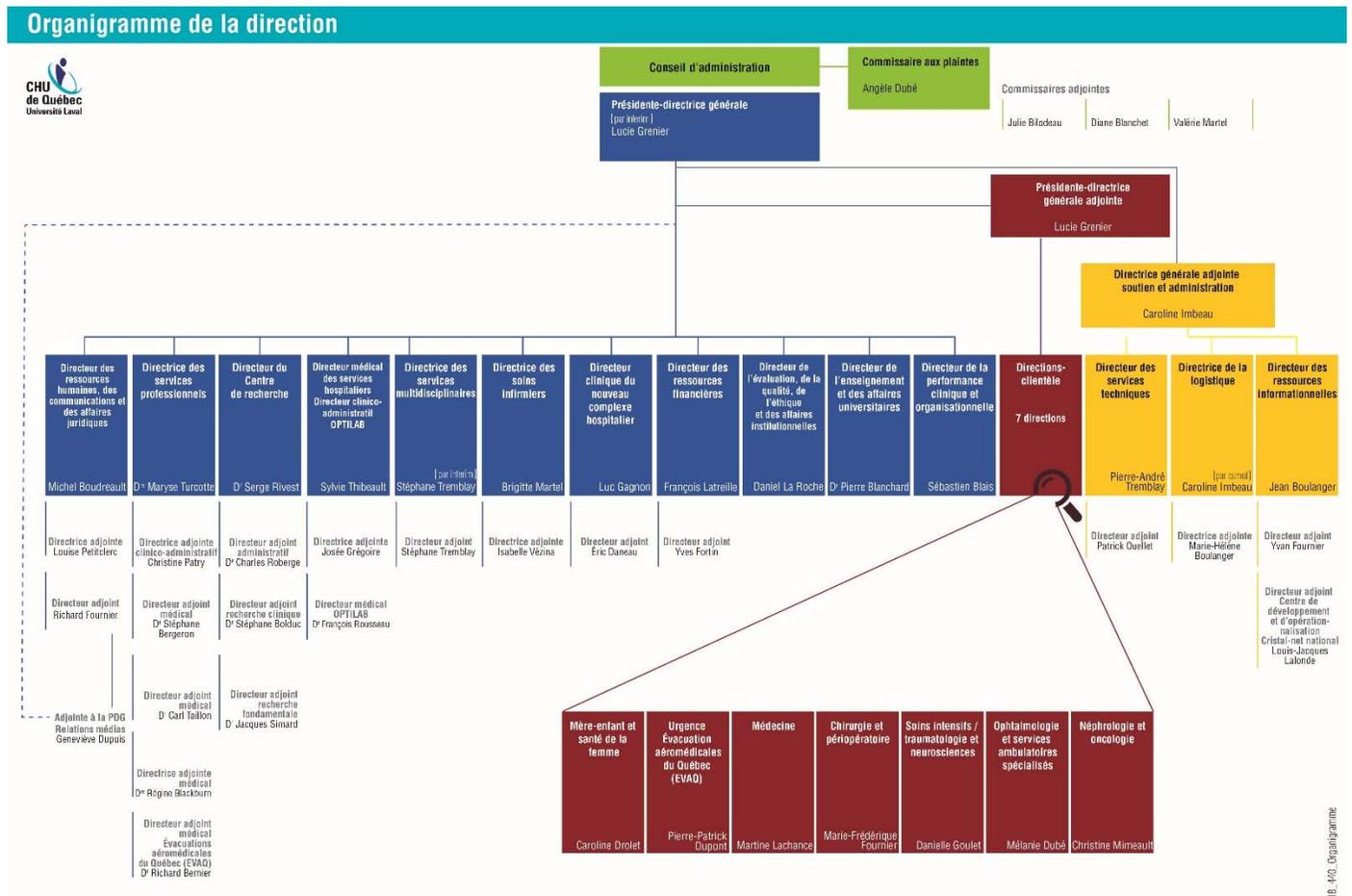
A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gertrude Bourdon". The signature is fluid and cursive, with a large initial "G" and "B".

Gertrude Bourdon,  
Présidente-directrice générale

## Présentation de l'établissement

Regroupant le CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) est le plus important centre hospitalier universitaire (CHU) du Québec et l'un des plus grands centres hospitaliers au Canada. Le CHU de Québec-Université Laval dessert la population de tout l'est du Québec, soit un bassin de près de deux millions de personnes. Étroitement lié à l'Université Laval et orienté vers l'avenir, il détient également une mission d'enseignement, de recherche dans de nombreux domaines d'excellence et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le CHU de Québec-Université Laval compte 12 504 employés, 1 493 médecins, dentistes et pharmaciens, 338 chercheurs réguliers et associés, de même que 169 chercheurs affiliés et 412 bénévoles.

# Organigramme du CHU de Québec-Université Laval



Au 31 mars 2018

## Nos orientations stratégiques

### Notre planification stratégique 2014-2020

#### et nos priorités 2017-2018

	1 Nous priorisons l'expérience patient	2 Nous atteignons les plus hauts standards de qualité	3 Nous nous distinguons parmi les meilleurs	4 Nous construisons un véritable CHU
<b>Nos orientations</b>	Faire vivre à nos patients, partenaires de leurs soins et services, et à leurs proches, une expérience empreinte d'humanisme, centrée sur leurs besoins spécifiques et respectueuse de leurs attentes.	Innover pour intégrer la pertinence, l'efficacité, la qualité et la sécurité de l'ensemble de nos interventions et de nos processus.	Augmenter notre performance organisationnelle grâce à une gouvernance éthique et imputable, à des partenariats proactifs et à l'excellence de nos équipes cliniques, académiques, de recherche et de gestion.	Réaliser une véritable transformation de notre organisation et de notre culture, en prenant appui sur un projet clinique intégrant l'ensemble de nos activités et permettant de faire face aux défis que représente la mise en œuvre de notre nouveau complexe hospitalier.
<b>*Nos priorités 2017-18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer l'accès dans certains secteurs ciblés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre les efforts pour s'assurer d'une expérience patient sécuritaire et de très haute qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser une véritable intégration des quatre missions de l'établissement (soins, enseignement, recherche, évaluation)</li> <li>Atteindre l'équilibre budgétaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre la réalisation du nouveau complexe hospitalier (NCH)</li> </ul>
<b>Nos objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nous doter d'un plan d'action visant l'implantation de l'expérience patient et favorisant l'implication de tous les intervenants (2014-2020).</li> <li>Développer et implanter un modèle d'intégration des proches comme partenaires des soins et services (2014-2020).</li> <li>Développer des mécanismes de partenariat avec nos patients et leurs proches dans la prise de décision (2015-2020).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuivre le chantier de la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques.</li> <li>Optimiser nos trajectoires de soins à l'interne et avec nos partenaires dans un souci d'accessibilité et de continuité (2014-2020).</li> <li>Atteindre le niveau 4 de maturité organisationnelle <i>lean</i> selon les critères ministériels (2016-2018).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compléter la mise en place de la gouvernance clinique, de la gouvernance médicale et poursuivre l'implantation de la cogestion dans une perspective d'imputabilité sociale et professionnelle (2014-2018).</li> <li>Se doter d'une mesure annuelle du climat organisationnel auprès de tous les intervenants (2014-2018).</li> <li>Poursuivre l'implantation d'un modèle de financement axé sur la performance des services (2014-2019).</li> <li>Soutenir la réalisation du plan stratégique de développement du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval (2014-2019).</li> <li>Atteindre des niveaux académiques supérieurs dans nos secteurs spécialisés et surspécialisés (2014-2020).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que nos mécanismes de gestion favorisent une « expérience employé » valorisante et stimulante (2014-2018).</li> <li>Nous doter d'un plan intégré de communication organisationnelle (2014-2020).</li> </ul>
<p>* En préambule de ses priorités annuelles, le CHU de Québec-Université Laval reconnaît et s'appuie sur la contribution de chacun des membres de son organisation, sa force vive, pour la réalisation de ses priorités. Le CHU s'engage donc à favoriser un milieu stimulant, mobilisateur, et à maintenir un plan de développement professionnel qui soutient l'atteinte de nos priorités organisationnelles et de notre planification stratégique 2014-2020.</p> <p>Le CHU de Québec-Université Laval se doit aussi de poursuivre le développement de ses technologies de l'information afin de s'assurer que celles-ci améliorent la qualité des soins et des services, favorisent la continuité informationnelle et contribuent à atteindre nos cibles de résultats cliniques et administratifs.</p>				



#### 8 dimensions de l'expérience patient :

- Courtoisie et respect
- Implication du patient et de ses proches
- Information et communication
- Accès aux soins
- Coordination des soins
- Transition et continuité
- Confort physique et environnement
- Soutien émotionnel

#### 8 dimensions de la qualité selon Agrément Canada :

- Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre
- Offrir des services équitables en temps opportun (accessibilité)
- Assurer la sécurité des gens
- Favoriser le bien-être en milieu de travail
- Penser d'abord aux clients et aux familles
- Offrir des services coordonnés et non interrompus (continuité)
- Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles (efficacité)
- Utiliser les ressources le plus adéquatement possible (efficacité)

#### 3 composantes du modèle de gouvernance clinique :

- Engagement et leadership
- Gestion des connaissances et de l'apprentissage
- Design de microsystèmes cliniques

#### 10 dimensions *lean* :

- Valeur ajoutée pour le patient
- Gestion de la performance
- Stratégie et gouvernance des projets et initiatives
- Pérénnisation et amélioration continue
- Gestion du changement
- Pratiques de gestion par processus
- Gestion transversale
- Conduite des projets et gestion des parties prenantes
- Engagement et leadership
- Directions en soutien aux projets et à la transformation

### Notre mission

Soins  
Enseignement  
Recherche  
Évaluation

Affilié à l'Université Laval, le CHU de Québec-Université Laval dispense des soins et des services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés, en y intégrant l'enseignement, la recherche clinique et fondamentale et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

### Nos valeurs

**Humanisme** qui se traduit par le respect et la bienveillance envers nos patients et entre nous.

**Excellence** qui se manifeste par la rigueur, le professionnalisme et l'intégrité.

**Innovation** qui repose sur le leadership et la créativité dans le développement et l'application des savoirs.

**Collaboration** qui se définit par le partenariat et l'engagement envers nos patients, leurs familles, entre les intervenants et avec nos partenaires.



## Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil

### Cinq hôpitaux :

Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)  
Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)  
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)  
Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA)  
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ)

### Territoire desservi :

Tout l'est du Québec et le nord-ouest du Nouveau-Brunswick

### Clientèle potentielle : près de 2 millions de personnes

12 504 employés

1 493 médecins, dentistes et pharmaciens <sup>1</sup>

412 bénévoles

338 chercheurs réguliers et associés au Centre de recherche du CHU (CRCHU) <sup>2</sup>

169 chercheurs affiliés et honoraires <sup>2</sup>

927 étudiants aux cycles supérieurs <sup>2</sup>

1 343 lits dressés (incluant les berceaux et excluant les lits transférés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale le 29 novembre 2015 en lien avec la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*)

---

<sup>1</sup> +/- 150 membres peuvent être comptés en double, car ils détiennent un double statut étant donné la fusion.

<sup>2</sup> Données au 31 mars 2017. Les données au 31 mars 2018 seront validées au cours de l'automne 2018. Ces chiffres proviennent du rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2015-2016.

## Les programmes et les services offerts

Le CHU de Québec-Université Laval offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés. Il est le seul centre à offrir sur son territoire des soins et des services hyperspécialisés dans plusieurs domaines.

Site	Services offerts en 2018
<p>CHUL – Centre hospitalier de l'Université Laval</p>	<p><b>CHUL – Centre mère-enfant Soleil (CMES) - Centre de référence tertiaire pour le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL) en santé de la mère et de l'enfant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiologie pédiatrique et fœtale</li> <li>▪ Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique</li> <li>▪ Centre des malformations orofaciales</li> <li>▪ Chirurgie cardiaque pédiatrique</li> <li>▪ Chirurgie orthopédique pédiatrique</li> <li>▪ Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique</li> <li>▪ Dermatologie pédiatrique</li> <li>▪ Diabétologie pédiatrique</li> <li>▪ Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques</li> <li>▪ Endocrinologie pédiatrique</li> <li>▪ Gastroentérologie pédiatrique</li> <li>▪ Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique</li> <li>▪ Gynécologie et obstétrique</li> <li>▪ Gynécologie pédiatrique</li> <li>▪ Hémato-oncologie pédiatrique</li> <li>▪ Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique</li> <li>▪ Immunologie-allergie pédiatrique</li> <li>▪ Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique</li> <li>▪ Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique</li> <li>▪ Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse</li> <li>▪ Médecine de l'adolescence</li> <li>▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique</li> <li>▪ Médecine obstétricale</li> <li>▪ Médecine sociojuridique/protection de l'enfance</li> <li>▪ Néonatalogie</li> <li>▪ Néphrologie pédiatrique</li> <li>▪ Neurologie pédiatrique</li> <li>▪ Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring</li> <li>▪ Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée</li> <li>▪ ORL – audiologie : ancrage osseux</li> <li>▪ ORL pédiatrique</li> <li>▪ Orthopédie infantile et pédiatrique</li> <li>▪ Pédiatrie</li> <li>▪ Physiatrie et réadaptation pédiatrique</li> <li>▪ Planification des naissances</li> <li>▪ Pneumologie pédiatrique, incluant le programme de fibrose kystique</li> <li>▪ Pouponnière</li> </ul>

Site	Services offerts en 2018
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procréation médicalement assistée</li> <li>▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques</li> <li>▪ Rhumatologie pédiatrique</li> <li>▪ Soins intensifs pédiatriques</li> <li>▪ Soins palliatifs pédiatriques</li> <li>▪ Transport néonatal provincial</li> <li>▪ Urgence pédiatrique</li> <li>▪ Urologie pédiatrique</li> </ul> <p><b>CHUL – Volet adulte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiologie</li> <li>▪ Centre d’expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC)</li> <li>▪ Chirurgie générale</li> <li>▪ Endocrinologie</li> <li>▪ Gastroentérologie</li> <li>▪ Hémodynamie</li> <li>▪ Immunologie-allergie</li> <li>▪ Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse</li> <li>▪ Médecine interne</li> <li>▪ Orthopédie</li> <li>▪ Rhumatologie</li> <li>▪ Soins palliatifs</li> <li>▪ Urgence adulte</li> </ul>
<p>Hôpital de l’Enfant-Jésus (HEJ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiologie</li> <li>▪ Centre d’expertise pour les personnes blessées médullaires de l’Est-du-Québec (CEBMEQ)</li> <li>▪ Centre d’expertise pour les victimes de brûlures graves de l’Est-du-Québec (CEVBGEQ)</li> <li>▪ Centre de référence en neurologie pour l’est du Québec</li> <li>▪ Centre suprarégional de neurochirurgie</li> <li>▪ Centre tertiaire AVC</li> <li>▪ Centre tertiaire de traumatologie pour l’est du Québec</li> <li>▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale</li> <li>▪ Chirurgie générale</li> <li>▪ Chirurgie plastique</li> <li>▪ Endocrinologie</li> <li>▪ Gastroentérologie</li> <li>▪ Hématologie</li> <li>▪ Hémato-oncologie</li> <li>▪ Médecine interne</li> <li>▪ ORL</li> <li>▪ Orthopédie</li> <li>▪ Physiatrie</li> <li>▪ Pneumologie</li> <li>▪ Programme d’évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)</li> <li>▪ Soins intensifs</li> </ul>

Site	Services offerts en 2018
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins palliatifs</li> <li>▪ Urgence</li> </ul>
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banque d'yeux</li> <li>▪ Cardiologie</li> <li>▪ Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein – Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)</li> <li>▪ Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia</li> <li>▪ Centre suprarégional et surspécialisé en rhinosinusologie</li> <li>▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale</li> <li>▪ Chirurgie générale</li> <li>▪ Chirurgie plastique</li> <li>▪ Dermatologie</li> <li>▪ Gastroentérologie</li> <li>▪ Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein</li> <li>▪ Médecine interne</li> <li>▪ Médecine familiale hospitalière</li> <li>▪ Ophtalmologie (Centre universitaire d'ophtalmologie)</li> <li>▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL)</li> <li>▪ Pneumologie</li> <li>▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)</li> <li>▪ Soins palliatifs</li> <li>▪ Urgence</li> <li>▪ Urgence ophtalmologique</li> </ul>
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiologie</li> <li>▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire</li> <li>▪ Chirurgie générale</li> <li>▪ Chirurgie hépatobiliaire</li> <li>▪ Chirurgie orthopédique oncologique</li> <li>▪ Chirurgie plastique</li> <li>▪ Chirurgie vasculaire et thoracique</li> <li>▪ Dentisterie oncologique</li> <li>▪ Dermatologie/chirurgie de Mohs</li> <li>▪ Endocrinologie</li> <li>▪ Épithésie</li> <li>▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale</li> <li>▪ Gastroentérologie</li> <li>▪ Gynécologie oncologique</li> <li>▪ Hématologie</li> <li>▪ Hémato-oncologie</li> <li>▪ Hémodynamie</li> <li>▪ Médecine interne</li> <li>▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire)</li> <li>▪ Neurologie</li> <li>▪ Nutrition parentérale à domicile</li> <li>▪ ORL</li> </ul>

Site	Services offerts en 2018
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pneumologie</li> <li>▪ Programme de soutien aux laryngectomisés – aide à la communication (SAL-PAC) pour tout l’est du Québec</li> <li>▪ Radio-oncologie</li> <li>▪ Soins intensifs</li> <li>▪ Soins palliatifs</li> <li>▪ Urgence</li> <li>▪ Urologie oncologique</li> </ul>
<p>Hôpital Saint-François d’Assise (HSFA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cardiologie</li> <li>▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale</li> <li>▪ Centre de référence suprarégional en maladies vasculaires</li> <li>▪ Chirurgie générale</li> <li>▪ Chirurgie gynécologique</li> <li>▪ Chirurgie vasculaire</li> <li>▪ Médecine familiale hospitalière</li> <li>▪ Médecine interne</li> <li>▪ Obstétrique</li> <li>▪ Orthopédie</li> <li>▪ Planification des naissances</li> <li>▪ Pouponnière</li> <li>▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)</li> <li>▪ Soins palliatifs</li> <li>▪ Urgence</li> <li>▪ Urologie</li> </ul>

## Statistiques opérationnelles

### UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC

#### Chaque jour, le personnel du CHU de Québec :

			Année 2017-2018	Année 2016-2017	
Fournit des soins à	1 153	personnes hospitalisées	420 671	436 200	jours présence
dont	61	en pédiatrie	22 210	22 295	jours présence
Admet	184	personnes dans ses hôpitaux	67 044	65 614	admissions annuelles
Réalise	21	accouchements	7 512	7 756	accouchements
Fournit des soins à	49	nouveau-nés pour des soins spécialisés	17 846	18 851	jours présences
Reçoit	658	visites dans ses urgences, dont 156 arrivent en ambulance	240 022	235 851	visites annuelles
dont	91	sont hospitalisés	33 136	31 434	admission via l'urgence
Reçoit	2 327	visites dans ses cliniques externes spécialisées	581 723	584 579	visites annuelles
dont	1 352	visites adultes	493 370	494 680	visites annuelles
dont	353	visites enfants	88 353	89 899	visites annuelles
Accueille	424	patients en médecine de jour et hôpital de jour	105 913	105 202	visites annuelles
Accueille	242	patients dans ses blocs opératoires	60 494	66 189	usagers
dont	142	patients de chirurgie d'un jour	35 397	36 238	usagers
Traite	208	nouvelles requêtes pour des chirurgies électives	52 034	54 081	requêtes
Réalise	259	examens en endoscopie	64 841	63 364	examens

**UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC**

**Chaque jour, le personnel du CHU de Québec :**

			<b>Année 2017-2018</b>	<b>Année 2016-2017</b>	
Réalise	16	mises en traitement en radio-oncologie	4 091	4 094	mises en traitement
Réalise	137	traitements en hémato-oncologie	34 371	32 533	
Réalise	304	traitements en hémodialyse sous toutes ses formes	75 922	70 069	traitements
Réalise	60 148	procédures de laboratoire	21 953 893	18 155 444	procédures annuelles
Réalise	2 612	procédures d'imagerie médicale	653 069	660 347	procédures annuelles
Complète	9 596	ordonnances de médicaments	3 502 490	3 737 186	ordonnances annuelles
Effectue	1 214	retraitements d'instruments médicaux	442 957	442 984	retraitements annuels
Prépare et sert	8 932	repas	3 259 999	3 322 274	repas/année
Accommode	45	personnes dans son service d'hôtellerie	16 289	16 623	jours présence
Assure la maintenance et le fonctionnement d'un parc de plus de	40 000	équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à 230 M\$			
Entretient des superficies totalisant	445 512	mètres carrés			

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

### Rapport d'éthique et de déontologie



---

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

### RAPPORT ANNUEL 2017-2018 SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

---

*Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval a été adopté par le conseil d'administration le 8 février 2016.*

Au 31 mars 2018, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2017-2018.

La secrétaire du conseil d'administration,



Gertrude Bourdon

Signé à Québec ce 16 avril 2018

## Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2018)

Composition selon LRSSS	Personne nommée ou désignée
Un médecin omnipraticien désigné parmi les membres du département régional de médecine générale (DRMG)	Docteur Alain Naud
Un médecin spécialiste désigné par et parmi les membres du CMDP	Docteur François Lauzier
Un pharmacien d'établissement désigné par et parmi les membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Madame Élisabeth Bourassa
Une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement	Madame Danielle Boucher
Une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire (CM) de l'établissement	Madame Marianne Talbot
Une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers	Madame Marielle Philibert
Deux personnes nommées par le ministre à partir d'une liste de noms fournie par l'Université Laval	Madame Marie Audette Docteur Julien Poitras
Dix personnes indépendantes nommées par le ministre conformément aux articles 15 et 16 de la LMRSSS (loi 1)	
Profil n° 2 – compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	Monsieur Gaston Bédard, président du C.A.
Profil n° 1 – compétence en gouvernance ou éthique	Poste vacant
Profil n° 3 – compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Monsieur Michel Bergeron
Profil n° 3 – compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Monsieur Louis-Denis Fortin
Profil n° 1 – compétence en gouvernance ou éthique	Monsieur Marc Giroux
Profil n° 2 – compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	Madame Diane Jean, vice-présidente du C.A.
Profil n° 4 – compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	Madame Sophie Lefrançois
Profil n° 9 – expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux	Madame Sylvie Lemieux
Profil n° 4 – compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	Madame Suzanne Petit
Profil n° 9 – expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux	Madame Svetlana Solomykina
Le président-directeur général de l'établissement nommé par le gouvernement sur recommandation du ministre	Madame Gertrude Bourdon, secrétaire du C.A.

## Les comités du conseil d'administration

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p><b>Comité de gouvernance et d'éthique (CGE)</b>  <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants et présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office</i></p>	<p>Président : M. Gaston Bédard                      Vice-président : M<sup>me</sup> Diane Jean</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, PDG (membre d'office)</li> <li>• M. Michel Bergeron (CRTI et CNCH)</li> <li>• M. Louis-Denis Fortin (CRH)</li> <li>• M. Marc Giroux (CR)</li> <li>• M<sup>me</sup> Sophie Lefrançois (CREE)</li> <li>• M<sup>me</sup> Sylvie Lemieux (CV)</li> <li>• M<sup>me</sup> Suzanne Petit (CSC et CVQ)</li> </ul>	<p>M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, PDG et secrétaire</p> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Caroline Ouellet, cons. cadre du C. A.</p>
<p><b>Comité de vérification (CV)</b>  <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il est composé de cinq administrateurs et du président qui est membre d'office. Au moins un des membres doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Il doit être présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office. Un employé ne peut être membre.</i></p>	<p>Présidente : M<sup>me</sup> Sylvie Lemieux                      Vice-présidente : M<sup>me</sup> Sophie Lefrançois</p> <p>Membre d'office :                      Le président, M. Gaston Bédard</p> <p>Autres membres :                      M. Michel Bergeron                      M<sup>me</sup> Suzanne Petit                      M<sup>me</sup> Svetlana Solomykina</p> <p>La présidente-directrice générale,                      M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon (voie consultative)</p>	<p>M. François Latreille, DRF</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Yves Fortin, DARF</li> </ul> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Line Roy, adj. adm. DRF</p>

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p><b>Comité des ressources humaines (CRH)</b>  <i>Au moins 4 membres dont la PDG</i></p>	<p>Président : M. Louis-Denis Fortin                      Vice-président : M. Marc Giroux</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Élisabeth Bourassa</li> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• M. Julien Poitras</li> <li>• Poste vacant</li> </ul>	<p>M. Michel Boudreault, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers</li> <li>• M<sup>me</sup> Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires</li> <li>• M. Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques</li> </ul> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Annie Caron, adj. adm. DRHCAJ</p>
<p><b>Comité des services aux clientèles (CSC)</b>  <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i></p>	<p>Présidente : M<sup>me</sup> Suzanne Petit                      Vice-présidente : M<sup>me</sup> Sylvie Lemieux</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• M. Louis-Denis Fortin</li> <li>• M<sup>me</sup> Marielle Philibert</li> <li>• Poste vacant</li> <li>• M<sup>me</sup> Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services (voie consultative)</li> </ul>	<p>M. Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEA)</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D<sup>re</sup> Maryse Turcotte, DSP</li> <li>• M<sup>me</sup> Lucie Grenier, PDGA</li> <li>• D<sup>r</sup> André Garon, directeur médical des services hospitaliers</li> <li>• M<sup>me</sup> Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires</li> </ul> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Axelle Kerckaert, adj. adm. DQEEA</p>

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p><b>Comité de vigilance et de qualité (CVQ)</b>  <i>Cinq personnes dont la PDG et la commissaire aux plaintes. Les trois autres personnes sont choisies par le C. A. parmi les membres qui ne travaillent pas au CHU et l'une de ces trois personnes doit être la personne désignée par le comité des usagers pour siéger au CA</i></p>	<p>Présidente : M<sup>me</sup> Suzanne Petit                      Vice-présidente : M. Louis-Denis Fortin</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• M<sup>me</sup> Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services</li> <li>• M<sup>me</sup> Marielle Philibert, comité des usagers</li> </ul>	<p>M<sup>me</sup> Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services</p> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Lise Poulin, adj. adm. bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité de services</p>
<p><b>Comité des ressources technologiques et immobilières (CRTI)</b>  <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i></p>	<p>Président : M. Michel Bergeron                      Vice-président : D<sup>r</sup> Marc Giroux</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• M<sup>me</sup> Diane Jean</li> <li>• M<sup>me</sup> Sylvie Lemieux</li> <li>• D<sup>r</sup> Alain Naud</li> </ul>	<p>M<sup>me</sup> Caroline Imbeau, DGA soutien et administration (DGASA)</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Lucie Grenier, PDGA</li> <li>• M. Jean Boulanger, DTI</li> <li>• M. Pierre-André Tremblay, DST</li> </ul> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Lucie Champagne, adj. adm. DGASA</p>
<p><b>Comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation (CREE)</b>  <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i></p>	<p>Président : M<sup>me</sup> Sophie Lefrançois                      Vice-présidente : M<sup>me</sup> Marie Audette</p> <p>Membre d'office :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le président, M. Gaston Bédard</li> </ul> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• D<sup>r</sup> François Lauzier</li> <li>• D<sup>r</sup> Julien Poitras</li> <li>• M<sup>me</sup> Svetlana Solomykina</li> </ul>	<p>D<sup>r</sup> Serge Rivest, directeur de la recherche</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles / directeur de l'enseignement par intérim</li> </ul> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Marjorie Aubé, adj. adm. D<sup>R</sup></p>

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p><b>Comité du nouveau complexe hospitalier (CNCH)</b>  <i>Six membres dont un membre indépendant qui agit à titre de président du comité, le président du C. A. et le PDG</i></p>	<p>Président : M. Michel Bergeron                      Vice-présidente : M<sup>me</sup> Diane Jean</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• M. Gaston Bédard, président du C. A.</li> <li>• M<sup>me</sup> Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale</li> <li>• M. Marc Giroux</li> <li>• D<sup>r</sup> François Lauzier</li> </ul>	<p>M. Luc Gagnon, directeur clinique du NCH</p> <p>Invités :</p> <p>M<sup>me</sup> Lucie Grenier, PDGA                      M<sup>me</sup> Caroline Imbeau, DGA, soutien et administration                      M. Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques                      D<sup>r</sup> Maryse Turcotte, DSP                      M<sup>me</sup> Geneviève Dupuis, adj. PDG - relations médias</p> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Chantal Paradis, adj. adm. NCH</p>
<p><b>Comité de révision (plaintes) (CR)</b>  <i>Présidé par un membre indépendant</i>  <i>Deux autres membres recommandés par le CMDP</i></p>	<p>Président : M. Marc Giroux                      Substitut : M<sup>me</sup> Suzanne Petit</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D<sup>r</sup> Robert Lauzon</li> <li>• D<sup>r</sup> Jean-François Turcotte</li> <li>• D<sup>re</sup> Pauline Crête (substitut)</li> <li>• D<sup>re</sup> Geneviève Nadeau (substitut)</li> </ul>	<p>M<sup>me</sup> Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services</p> <p>Secrétariat : M<sup>me</sup> Lise Poulin, adj. adm. commissaire aux plaintes et à la qualité des services</p>

**Administrateurs du C. A. à certains comités du CHU de Québec-Université Laval**

- **Comité de gestion des risques** : le PDG ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité - M<sup>me</sup> Élisabeth Bourassa, membre du C. A. en assume la présidence.

Adopté par le conseil d'administration le 5 février 2018

## Activités de l'établissement (faits saillants)

### Orientation 1

#### Nous priorisons l'expérience patient

Faire vivre à nos patients, partenaires de leurs soins et services, et à leurs proches, une expérience empreinte d'humanisme, centrée sur leurs besoins spécifiques et respectueuse de leurs attentes.

La priorité 2017-2018 qui a été établie pour l'orientation 1 est d'**améliorer l'accès dans certains secteurs ciblés**, dont les services spécialisés et surspécialisés, les chirurgies oncologique et pathologique, l'imagerie médicale, les urgences et les soins de fin de vie. Plusieurs actions ont été entreprises dans ce sens, dont :

- À la suite de la révision des processus préopératoires et de l'application des mécanismes d'accès, le **temps d'attente pour les chirurgies a été considérablement réduit**. Ainsi, entre 2016-2017 et 2017-2018, les chirurgies hors délai de plus d'un ont diminué de 88 % et celles de plus de neuf mois de 28 %. Du côté de l'oncologie, les chirurgies hors délai de plus de 28 jours ont été réduites de 47 %, tandis que celles de plus de 56 jours l'ont été de 29 % pendant la même période. De même, le nombre de chirurgies électives en attente depuis plus de six mois a été constamment réduit entre 2015 et 2018, passant de 17 à 11,3 %, tandis que celles en attente depuis plus de 12 ou de 18 mois ont pratiquement été éliminées.
- La **durée moyenne de séjour aux urgences** du CHU a été réduite au cours de la dernière année, passant de 16,0 à 13,5 heures, pour se rapprocher de la cible de 12 heures en 2020. Par surcroît, l'amélioration est encore plus notable si on isole la santé physique de la santé mentale, passant de 13,5 au global à 13,1 heures en santé physique, et ce, malgré l'augmentation du nombre de visites globales aux services d'urgence (+ de 4000) attribuable à la hausse de la clientèle sur civière de 4 %. Par ailleurs, nous avons connu de belles améliorations sur les taux de personnes qui dépassent un séjour de plus de 48 heures sur civière, passant de 3,9 % en 2016-2017 à 1,9 % en 2017-2018 pour la clientèle de santé physique.
- Le **centre de rendez-vous de dermatologie** a été créé à l'été 2017. Ce centre sert de porte d'entrée unique pour les demandes de rendez-vous en dermatologie et fusionne en une seule liste les quatre anciennes listes d'attente du CHU. Ce centre de rendez-vous simplifie notamment le processus pour les patients et élimine les doublons dans les listes d'attente. Grâce à ce nouveau mode de fonctionnement, il y a eu une diminution des visites hors délai de plus de 40 %, et ce, malgré une légère augmentation de la demande au cours de la dernière année (+ 4,9 %). Le succès de ce projet fait de lui un excellent modèle pour les autres centres de rendez-vous qui seront mis sur pied au cours des prochains mois.
- Une **refonte des différents systèmes d'imagerie médicale** auparavant utilisés a été effectuée. Celle-ci offre plusieurs avantages, dont l'accès à l'historique des résultats pour les cinq hôpitaux du CHU en temps réel et, pour les autres hôpitaux et les groupes de médecine familiale (GMF), la possibilité de visualiser les examens ainsi que les rapports du CHU dans le Dossier Santé Québec (DSQ).
- Grâce notamment à une amélioration du processus d'attribution des rendez-vous, à l'optimisation des ressources ainsi qu'à l'ajout de plages horaires de soir et de nuit, près de 42 000 **examens d'imagerie médicale** (tomodensitométries et résonances magnétiques) ont été faits en plus au CHU en 2017-2018 en comparaison avec le nombre d'examens réalisés pendant l'année 2014-2015. Ainsi, chaque année depuis trois ans, 14 000 patients de plus ont accès à ces examens diagnostiques qui ont une forte influence sur la suite de leur plan de traitement.

- Le CHU est l'un des rares centres hospitaliers au monde à offrir la **thérapie radiopeptidique au 177 Lu-octréotate** pour le traitement des tumeurs neuroendocrines. Afin de répondre à une demande en constante augmentation, l'organisation et la coordination de la trajectoire ont été revues. Ces modifications améliorent significativement l'accès à cette thérapie pour les patients chez qui les traitements usuels ont échoué.
- Le **Programme de neurochirurgie pédiatrique** a été déployé Centre mère-enfant Soleil du CHUL. Grâce à ce programme, la clientèle pédiatrique peut recevoir des soins plus rapidement lors d'une situation critique durant laquelle les secondes sont comptées, mais aussi avoir accès à un service plus près de son domicile. C'est le premier programme de ce type sur le territoire du RUIS-Laval à prendre forme, évitant ainsi à la clientèle de devoir se déplacer jusqu'à Montréal.
- Grâce à une révision des processus, les enfants diagnostiqués **diabète de novo** peuvent maintenant recevoir l'enseignement relatif à leur maladie à la clinique externe de pédiatrie du Centre mère-enfant Soleil plutôt que d'être hospitalisés plusieurs jours, voire semaines. Non seulement ces changements ont des impacts positifs pour les enfants et leur famille, mais ils permettent également de mieux utiliser les lits d'hospitalisation.
- En juillet 2017, les **activités de cystoscopie** de l'Hôpital Saint-François d'Assise ont été transférées du bloc opératoire vers les consultations externes. Cette modification allège considérablement le processus et requiert la présence de moins d'intervenants lors des examens de cystoscopie, ce qui permet de réduire significativement les délais d'attente pour les patients.
- Le **Programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés** est offert gratuitement depuis la fin de l'automne 2017 au Centre mère-enfant Soleil du CHUL. C'est le premier centre de naissances de l'est de la province à le faire. Le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés permet de repérer les problèmes d'audition dès les premiers mois de vie et d'intervenir rapidement au besoin afin d'éviter les retards de développement ainsi que les complications pouvant découler de cette condition.
- Le CHU a été nommé établissement responsable du programme provincial de **dépistage néonatal sanguin de la fibrose kystique** chez les nouveau-nés. Le dépistage néonatal permet d'éviter les délais et les complications dues à un diagnostic tardif de la fibrose kystique, ce qui améliore considérablement la qualité de vie des personnes atteintes.
- Le CHU a activement collaboré à l'instauration de **services permanents d'hémodialyse** à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau sur la Côte-Nord ainsi qu'à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul dans Charlevoix. Ces nouveaux services évitent aux patients de la région de Baie-Comeau de devoir se déplacer trois fois par semaine jusqu'à Saguenay pour leur hémodialyse. Dans le cas Baie-Saint-Paul, ils remplacent l'ancienne unité mobile. Ces nouveaux services donnent ainsi accès à des soins vitaux à des dizaines de patients dans leur région immédiate. Ils sont fournis en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval et comprennent un volet de visioconférence permettant d'effectuer les suivis ainsi que des interventions à distance.
- Le CHU a réalisé 16 % de plus de **greffes rénales** en 2017, ce qui signifie que plus de patients ont été traités et sauvés. En effet, 2017 aura été une année record pour la greffe rénale au CHU de Québec-Université Laval, avec un total de 79 greffes. Sur un total de 286 greffes au Québec en 2017, cela porte à près de 28 % la part des greffes de rein auxquelles ont procédé les équipes du CHU.
- Les travaux de mise en place du **Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie** ont été entrepris au cours de la dernière année. Ils ont pour objectif de réviser l'offre ainsi que de l'organisation des soins et services afin d'en améliorer l'accès.

- Un tout nouveau service **Wi-fi est maintenant offert dans tous les hôpitaux du CHU**, ce qui contribue grandement à améliorer l'expérience patient en facilitant les communications avec l'extérieur et en rendant les moments d'attente moins pénibles, surtout dans les cas d'hospitalisation prolongée.

Voici d'autres faits saillants en lien avec les objectifs liés à cette orientation :

#### **Se doter d'un plan d'action visant l'implantation de l'expérience patient et favorisant l'implication de tous les intervenants**

- Par le biais de présentations sur le thème de l'**expérience patient**, la sensibilisation des intervenants s'est faite tout au long de l'année, entre autres par les colloques du Conseil Multidisciplinaire et les activités du *Mois de la qualité* en novembre. De plus, lors de l'accueil des nouveaux employés et lorsque que son emploi du temps le lui permet, le Directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles est présent pour présenter la vision de l'établissement en matière d'expérience patient.
- Ce sont **1 130 patients qui ont été consultés pendant la dernière année sur la qualité de leur expérience**. Ces sondages ont été réalisés dans les urgences et les services de soins spirituels de cinq hôpitaux, aux soins intensifs de quatre hôpitaux, aux soins ambulatoires de pédiatrie ainsi qu'auprès d'utilisateurs des services de télésanté.
- Le rapport *Influence de la tenue vestimentaire du personnel hospitalier sur l'expérience vécue par les patients* a été publié en novembre 2017. Les données probantes suggèrent que la tenue vestimentaire permettrait de favoriser la sécurité et l'identification facile des différents travailleurs de la santé selon leur profession. Considérant l'importance que revêt la sécurité des soins, le professionnalisme et la qualité de l'expérience patient dans le CHU, le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) recommande que le code vestimentaire soit révisé et amendé en vue de l'adoption d'une tenue vestimentaire standardisée et distinctive favorisant l'identification facile et rapide des différentes professions du personnel et facilitant la communication avec le personnel. Le rapport complet peut être consulté en ligne sur le site Web du CHU.

#### **Développer et implanter un modèle d'intégration des proches comme partenaires des soins et services**

- Un projet pilote visant à **assouplir les conditions de visite des proches** au chevet des patients a été mis sur pied aux soins intensifs adultes du CHU, aux soins coronariens et en cardiologie à L'Hôtel-Dieu de Québec ainsi qu'aux urgences adulte et pédiatrique du CHUL. Ce projet pilote mènera à la révision de la politique actuelle sur les visites et à l'adoption d'une nouvelle politique sur la présence de la famille et des proches aidants.
- Le **bureau d'expertise en expérience patient** a collaboré à plusieurs projets d'intégration des proches comme partenaires des soins, notamment le projet multicentrique sur l'évaluation de l'implantation de patients-ressources en oncologie et les travaux du MSSS sur le cadre de référence ministériel du partenariat de soins et de services. De plus, le BEEP a participé à divers comités en lien avec l'expérience patient et le partenariat de soins et services, dont celui des personnes touchées par le cancer et celui sur le modèle intégré de partenariat avec l'usager du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Enfin, deux publications sur l'expérience patient et le partenariat ont été faites dans des revues avec comité de pairs à portée internationale (*Journal of Hospital Administration* et *Patient Experience Journal*).
- Notre organisation a adhéré à la campagne **Meilleurs ensemble** qui s'est déroulée en mars 2017. Cette campagne de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé « demande aux hôpitaux et aux organismes de santé de tout le pays à s'engager à mettre en place des politiques de présence de la famille; il s'agit d'une étape importante dans la délivrance de soins davantage centrés sur les patients et leurs familles où les familles sont reconnues comme des alliés pour la qualité et la sécurité des soins » (<https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/better-together>).

- Par ailleurs, le conseil d'administration a adopté la *Politique et procédure relatives à la détermination des niveaux de soins* en novembre 2017. La **détermination des niveaux de soins** permet d'identifier quels soins sont souhaités par un patient en cas de maladie grave ou lorsque son état de santé est jugé critique. Ainsi, lorsque les niveaux de soins sont définis, ils permettent d'orienter les interventions de l'équipe médicale selon les souhaits du patient.

## Direction clientèle Soins intensifs, traumatologie et neurosciences

### Don d'organes et de tissus humains

Bien que le nombre de donneurs potentiels se soit stabilisé, le CHU a amélioré son taux d'identification, ce qui a eu pour résultat un nombre plus élevé de donneurs prélevés.

Ainsi, le CHU a permis de sauver la vie ou d'améliorer la qualité de vie de 123 personnes. Ce nombre représente plus de 20 % des organes prélevés pour l'ensemble de la province.

	2016-2017	2017-2018
<b>Nombre de donneurs potentiels</b>	119	112
<b>Nombre de donneurs prélevés</b>	28	41
– type DDN	24	29
– type DDC	4	12
<b>Nombre d'organes prélevés</b>	105	123

L'établissement a su se démarquer au niveau provincial par son augmentation considérable de dons d'organes après un décès cardiocirculatoire (DDC) ainsi que par une légère progression du nombre de dons après décès neurologique (DDN). Il n'en demeure pas moins que le travail se poursuit dans le but d'améliorer le taux d'organes prélevés pour chacun des donneurs. De plus, par leur implication grandissante, les équipes de soins ont amorcé 591 références de donneurs potentiels de tissus à Héma-Québec.

Le CHU de Québec a innové par la restructuration de son comité du don d'organes et de tissus ainsi que par l'implication de divers intervenants significatifs. Le fondement de quatre secteurs distincts ont conduit à une meilleure efficacité tant dans la formation et l'enseignement, les guides et protocoles, la promotion et communication que dans l'évaluation de la pratique. La synergie de l'équipe interdisciplinaire a des répercussions plus que favorables sur la performance du CHU de Québec-Université Laval en matière de don d'organes et de tissus.

#### Priorités et principaux défis 2018-2019

- Poursuivre les activités cliniques en don d'organes et de tissus, le volet enseignement et le volet recherche, conformément aux missions d'un CHU.
- Instaurer la systématisation des références des donneurs potentiels d'organes.
- Uniformiser les protocoles et les procédures entourant les donneurs d'organes potentiels (DDN et DDC).
- Élaborer un protocole de don d'organes spécifique en contexte d'aide médicale à mourir.

## Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec



« Une vision sans action n'est qu'une illusion. »

Depuis sa création en 1981, EVAQ a transporté plus de 90 000 usagers des régions éloignées présentant des conditions précaires et urgentes. EVAQ est le seul programme aéromédical gouvernemental officiellement reconnu. Le programme offre, 24 heures sur 24 et 365 jours par année, des prestations sûres et de haute qualité.

EVAQ travaille depuis près de 37 ans à mettre en œuvre divers projets visant l'accessibilité à des soins spécialisés et surspécialisés, à réduire le délai de prise en charge afin d'optimiser la qualité des soins et à assurer la sécurité de la clientèle. Nos efforts sont majeurs et les bénéfiques qui en découlent pour la clientèle desservie le sont tout autant. Notre vision doit passer par l'innovation et le respect de nos règles structurantes. Les usagers demeurent toujours au centre de nos priorités et au cœur de nos décisions.

Du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, 6 342 usagers ont été transportés, dont 1 798 par l'avion-hôpital et 4 544 par les navettes multipatients de l'est et du nord-ouest de la province. La mise en fonction du nouvel appareil DASH-300, depuis plus de 12 mois, représente un impact positif dans le rapatriement des patients et un accès à des soins spécialisés afin de respecter la planification stratégique ministérielle 2015-2020. Un système d'archivage de dossiers électroniques spécifiques à EVAQ a également été mis en fonction.

En collaboration avec MSSS, un atelier de gestion des risques a été mis en place afin d'améliorer la stabilité et les balises de certains aspects de notre mission avec nos partenaires. EVAQ a poursuivi sa mission d'enseignement auprès de 20 stagiaires comportant des externes, résidents et étudiantes en soins infirmiers ainsi qu'une soixantaine d'étudiants pour des vols d'observation. EVAQ encourage la promotion en recherche en médecine aéronautique au niveau international et a instauré un comité dédié à la qualité de l'acte et à l'amélioration de la pratique.

Au cours de la dernière année, l'équipe s'est enrichie de trois nouveaux médecins ainsi que d'une infirmière clinicienne. L'équipe spécialisée du Centre mère-enfant Soleil du CHU, composée d'une inhalothérapeute et d'une infirmière en néonatalogie, apporte toujours son soutien lors des missions spécifiques à cette clientèle.

Le 15 février 2018, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé l'implantation d'une politique d'encadrement concernant l'accompagnement parental. Afin de répondre aux engagements du MSSS, une politique à cet effet est en élaboration pour certains appareils. De plus, le déploiement des civières et des incubateurs dans les hôpitaux ciblés en région afin d'uniformiser et de sécuriser la prise en charge de cette clientèle sera mise en place sous peu.

La fin de l'année 2017 a laissé présager que 2018 sera des plus fertiles en matière de défis et nous sommes persuadés que nous saurons les relever ensemble grâce à la passion qui nous anime et nous guide dans notre mission commune.

## Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale



Le CHU de Québec-Université Laval est l'établissement fiduciaire du Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale (CSsanté). Regroupant tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs, le CSsanté compte 38 intervenants en soins spirituels qui œuvrent quotidiennement sur 35 sites auprès de clientèles de courte durée, d'hébergement, de santé mentale, de réadaptation ainsi qu'auprès de la clientèle des programmes de soins palliatifs à domicile. Sa mission : assurer la planification, la coordination, la prestation et l'évaluation d'activités cliniques de qualité afin de répondre aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées, hébergées ou suivies à domicile; exercer un leadership sur le plan de l'humanisation des soins en cherchant à promouvoir la dignité des personnes dans le respect de leurs croyances et de leur culture; initier des activités d'enseignement, de recherche et de diffusion du savoir afin de contribuer à l'avancement des pratiques reliées à la spiritualité en milieu de santé et susciter le développement d'approches novatrices.

Sur le plan clinique, l'année 2017-2018 a été marquée par l'intégration graduelle de l'outil « Repères pour l'évaluation en soins spirituels » dans l'intervention et la rédaction de la note au dossier; découlant de cet outil, l'élaboration d'une capsule Web sur les indicateurs de référence en soins spirituels rendue disponible à tout le personnel soignant du CHU; la tenue d'une journée d'étude provinciale sur les résultats de la recherche visant à vérifier l'utilité et l'applicabilité de l'outil sur les « repères l'évaluation en soins spirituels ». Cette journée a réuni des intervenants en soins spirituels et plusieurs gestionnaires qui avaient participé au projet de recherche ou qui étaient intéressés à en connaître les résultats et les retombées. Une révision de l'offre de service pour la clientèle en hébergement et soins de longue durée a été débutée et un questionnaire d'évaluation de l'expérience-patient en lien avec les services de soins spirituels du CHU a été distribué. Les résultats de la compilation de ces questionnaires devraient être connus sous peu.

Dans la foulée de sa mission d'enseignement universitaire et en collaboration avec la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval, le CSsanté a contribué à la formation initiale de six candidats à la profession d'intervenant en soins spirituels.

Pour la 12<sup>e</sup> année consécutive, le Centre a offert à l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec une journée-conférence portant sur le processus de détermination des niveaux de soins à laquelle 94 personnes ont participé. La revue *Spiritualitésanté*, tirée à 2 500 exemplaires, a publié pour son volume 10 trois numéros sur les thèmes suivants : les dépendances, choisir lors de situations médicales complexes et le temps en questions.

Participation à des congrès, colloques; rédaction d'articles et de rapports de recherche; intervention comme personnes-ressources au cours de diverses journées de formation ont également permis de faire rayonner et connaître l'importance d'une « spiritualité en santé ».

## Orientation 2

Nous atteignons les plus hauts standards de qualité

Innovier pour intégrer la pertinence, l'efficacité, la qualité et la sécurité de l'ensemble de nos interventions et de nos processus.

Poursuivre les efforts pour s'assurer d'une expérience patient sécuritaire et de très haute qualité a été établi comme priorité 2017-2018 pour l'orientation 2. Parmi les actions visant à poursuivre ces efforts, notons :

- La Politique sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) a été adoptée en février 2018, bien que l'implantation de ce processus ait été commencée dès 2014 dans les urgences. L'implantation du BCM se poursuit depuis dans tous les secteurs du CHU. Le bilan comparatif du médicament favorise une transmission sécuritaire et fiable des données relatives à la médication prise par un patient lors de son admission, de son transfert d'une unité de soins vers une autre ou lors de son congé. Le BCM aide à prévenir les incidents et les accidents liés à l'utilisation des médicaments.
- Plusieurs politiques ont été adoptées par le conseil d'administration afin d'assurer la sécurité et la qualité de l'expérience patient, notamment la *Politique d'identification de l'utilisateur avant de dispenser les soins ou services qui lui sont destinés*, la *Politique et procédure de gestion intégrée de la qualité*, la *Politique et procédure de gestion intégrée des risques* et la *Politique et procédure de gestion des incidents et accidents du CHU de Québec-Université Laval*.
- L'harmonisation de l'offre alimentaire et l'optimisation de la gestion des menus, qui avaient été commencées en 2016-2017, se sont poursuivies. Le nouveau menu santé permet aux patients d'effectuer certains choix et, parce qu'il est riche en énergie et en protéines, il aide notamment à contrer la dénutrition.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs liés à cette orientation :

**Poursuivre le chantier de la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques**

- L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU vient de signer sa 100<sup>e</sup> publication. Active depuis 2006, l'UETMIS participe pleinement à l'une des quatre missions du CHU, soit l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. L'une de ses missions essentielles est de s'assurer de la pertinence des soins. En effet, les UETMIS ont pour mandat d'aider les décideurs – médecins, professionnels de la santé ou gestionnaires – à faire les bons choix basés sur les savoirs lorsque vient le temps d'introduire de nouvelles technologies, de nouvelles pratiques ou encore pour réviser des pratiques existantes.

**Optimiser nos trajectoires de soins à l'interne et avec nos partenaires dans un souci d'accessibilité et de continuité**

- La Direction des services multidisciplinaires a poursuivi la transformation de son offre de services pour une deuxième année. Les changements effectués ont été nombreux, notamment : l'implantation d'un guichet d'accès centralisé en audiologie, le développement de nouveaux services de bénévolat, l'harmonisation des services en orthophonie et la révision de la trajectoire clinique en neuromodulation. Ces améliorations ont toutes pour but d'accroître l'accès aux services.
- Afin de répondre à l'objectif mettre en place les meilleures pratiques en sécurité civile et procéder régulièrement à des formations et à des simulations, tous les secteurs du CHU sont sollicités pour la préparation

du Sommet du G7 qui aura lieu à La Malbaie au début du mois de juin 2018. Ainsi, du côté des directions, plusieurs rappels et exercices liés aux codes d'urgence, dont le code orange, ont été faits. Toutes les mesures sont également prises afin d'assurer l'accès aux hôpitaux en tout temps pendant ce grand événement.

**Atteindre le niveau 4 de maturité organisationnelle *lean* selon les critères ministériels**

- L'implantation du nouveau système de gestion amorcée en 2016-2017 s'est poursuivie en 2017-2018. Ainsi, le déploiement du système s'est fait à l'Hôpital du Saint-Sacrement au printemps 2017 et à L'Hôtel-Dieu de Québec à compter de janvier 2018. Le CHU est ainsi en bonne voie d'atteindre le niveau 4 de maturité organisationnelle *lean*, soit une pratique et une maîtrise généralisées de ses principes ainsi qu'une expertise détenue à l'interne. L'objectif de pérenniser l'implantation du système de gestion et de poursuivre son implantation sera totalement atteint en 2018, alors que le déploiement s'effectuera à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à l'automne 2018.

## Orientation 3

### Nous nous distinguons parmi les meilleurs

Augmenter notre performance organisationnelle grâce à une gouvernance éthique et imputable, à des partenariats proactifs et à l'excellence de nos équipes cliniques, académiques, de recherche et de gestion.

**Soutenir la réalisation du plan stratégique de développement du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval** fait partie des priorités 2017-2018 liées à l'orientation 3. Ainsi, le **plan stratégique de la recherche clinique**, qui vise notamment à développer une culture, une organisation du travail et un environnement qui encouragent la recherche clinique et l'évaluation des pratiques, a été adopté. Ce plan permettra également d'exercer un leadership fort auprès des cliniciens du CHU et de nos partenaires externes, dont l'Université Laval, le MSSS, le Fonds de recherche du Québec – santé (FQRS) et Alliance Santé Québec. Afin de mettre en œuvre cet ambitieux plan, le Dr Stéphane Bolduc a été nommé directeur adjoint à la recherche clinique. De plus, un comité directeur de la recherche clinique, formé de personnes de tous les secteurs cliniques et de chacun des hôpitaux du CHU, a été mis sur pied.

L'**intégration des quatre missions de l'établissement (soins, enseignement, recherche, évaluation)** fait également partie des priorités 2017-2018 liées à l'orientation 3. Parmi les faits saillants liés à cette priorité, notons :

- Le CHU collabore avec le Centre de recherche industrielle du Québec (CRIQ) pour la mise en place et en fonction du **Centre intégré d'impression 3D**. Ce partenariat favorisera le développement des technologies médicales intégrant l'impression 3D, dont la fabrication de prothèses sur mesure, le remplacement de tissus et de vaisseaux sanguins ainsi que la bio-impression d'organes. Ces avancées auront plusieurs répercussions positives : confort accru pour le patient et chirurgie plus courte grâce à des prothèses fabriquées sur mesure, accès possible à des chirurgies autrefois irréalisables, diminution du temps et des coûts d'intervention pour les équipes médicales ainsi qu'une plus grande facilité d'ajustement des prothèses et moins de risques liés aux interventions.
- Le CHU a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour effectuer la **mise en place du Centre de soutien du Centre de développement et d'opérationnalisation (CDO) – Cristal-Net**. Depuis septembre 2017, ce centre répond aux demandes des établissements utilisant le Dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net, c'est-à-dire les 34 établissements de santé du réseau provincial. C'est également le CHU qui est responsable de poursuivre le déploiement du Dossier clinique informatisé Cristal-Net.
- À la suite de la création du projet ministériel Optilab et du regroupement des laboratoires qu'il implique, le CHU a été mandaté pour desservir les autres laboratoires de la « grappe » de la Capitale-Nationale ainsi que ceux des Îles-de-la-Madeleine. Dans le but de soutenir les modifications qui découlent de ce nouveau rôle, le **Département clinique de médecine de laboratoire** a été créé en juin 2017 et remplace l'ancien Département de biologie médicale.
- La **numérisation des dossiers des patients pour les cinq installations du CHU** a été achevée au cours de la dernière année. Ainsi, les médecins et les patients ont maintenant accès à des dossiers informatisés complets qui comprennent tout l'historique ainsi que les nouvelles données, ce qui simplifie et facilite grandement le suivi médical.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs liés à cette orientation :

#### **Se doter d'une mesure annuelle du climat organisationnel auprès de tous les intervenants**

- Le **plan d'action pour la gestion intégrée de la présence au travail** a été adopté par le conseil d'administration. Ce plan vise à faire du travail une expérience positive; il touche à la santé, à la sécurité et au bien-être au travail. Les conditions, le climat et l'organisation du travail, les pratiques de gestion et le style de supervision, l'environnement physique, le développement des compétences, la reconnaissance en font aussi partie. Le plan est basé sur de meilleures pratiques de gestion, lesquelles misent essentiellement sur la communication directe ainsi que sur la collaboration entre l'employé, son équipe et son gestionnaire.

#### **Poursuivre l'implantation d'un modèle de financement axé sur la performance des services**

- Le gouvernement du Québec s'est engagé dans une réforme importante visant à assurer des soins efficaces axés sur les patients. La méthode du **financement axé sur les patients** a pour objectif de remplacer le financement de type historique présentement en vigueur dans le système de santé. Le directeur de la performance clinique et organisationnelle participe aux travaux du comité consultatif provincial visant au développement des modèles et des modalités du financement à l'activité et axé sur le patient. Ce positionnement confère au CHU un rôle de premier plan dans le cadre de cette transformation. De plus, le déploiement de la solution informatique permettant la construction du coût par parcours de soins et de services (CPSS) est amorcé depuis janvier et se terminera à la fin de l'été 2018. Le CHU deviendra ainsi l'un des premiers établissements à utiliser ce logiciel.

#### **Prix et distinctions**

---

Tout au long de l'année 2017-2018, le CHU et ceux qui y œuvrent ont reçu de nombreux prix et distinctions. Parmi ceux-ci, notons :

- Le CHU a été nommé parmi les **300 meilleurs employeurs au Canada** selon le palmarès du magazine *Forbes*. Cette reconnaissance indique que les efforts déployés ainsi que les actions entreprises pour favoriser une expérience employé valorisante et stimulante portent leurs fruits, puisque ce classement est basé sur l'évaluation que les employés font de l'organisation pour laquelle ils travaillent.
- Le Centre de services en ressources humaines (CSRH) du CHU a remporté le **prix d'excellence Réalisation – Gestion des ressources humaines de l'institut d'administration publique du Québec (IAPQ)**. C'est une reconnaissance prestigieuse, puisque ce concours s'adresse non seulement au réseau de la santé, mais aussi à l'ensemble des ministères et des organismes publics québécois.
- Le CHU a reçu le **Prix Wayne McLellan**, décerné par la Société canadienne d'ingénierie des Services de Santé (SCISS), à l'automne 2017. Ce prix récompense les institutions qui ont réalisé les meilleurs projets environnementaux, d'immobilisation ou d'efficacité énergétique. En plus d'être écoresponsables – la consommation d'énergie du CHU a chuté de 30 %, ces changements génèrent des économies notables qui contribuent à l'atteinte de l'équilibre budgétaire.
- Le projet « Amélioration de la qualité des soins donnés aux patients par l'intégration d'agents de prévention et contrôle des infections au CHU de Québec-Université Laval » a reçu en septembre 2017 le **prix Innovation clinique Banque Nationale 2017** de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ).

- Mme Gertrude Bourdon, présidente et directrice générale du CHU, est lauréate du **Prix Reconnaissance 2018 du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)**. Au printemps 2017, elle a également été nommée sur le conseil d'administration de Québec International.
- Deux médecins spécialistes du CHU, le gynécologue-obstétricien Mathieu Leboeuf ainsi que l'héματο-oncologue Robert Delage, ont reçu un certificat de mérite dans le cadre des **Prix de l'Association canadienne pour l'éducation médicale 2018**. Ces prix visent à promouvoir, à reconnaître et à récompenser des membres du corps professoral dévoués à la cause de l'éducation médicale dans les facultés de médecine du Canada.
- Le Dr Stéphane Bolduc, urologue-pédiatre et directeur adjoint à la recherche clinique au Centre de recherche du CHU, fait partie des 13 chercheurs à l'échelle mondiale dont les travaux seront soutenus par le programme de bourse pour l'innovation de la **Ferring Research Institute (FRI)**.
- Le Dr Georges Delisle, cardiologue pédiatrique à la retraite du Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec-Université Laval, a reçu le **Prix Alain-Cloutier** de l'Association médicale du Québec (AMQ). Ce prix reconnaît la contribution exceptionnelle d'un membre de l'Association canadienne de cardiologie pédiatrique (ACCP) dans le domaine de la cardiologie pédiatrique. Le Dr Delisle a été un pionnier dans son domaine, entre autres par l'introduction de nouvelles techniques ainsi que par la création d'un réseau de cliniques itinérantes.
- Deux chercheurs du CRCHU, la Dre France Légaré, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et application des connaissances, ainsi que le professeur Sylvain Moineau, du Département de biochimie, de microbiologie et de bio-informatique de l'Université Laval, professeur-chercheur en microbiologie – Axe Maladies infectieuses et immunitaires au CHUL et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les bactériophages, se retrouvent sur la **liste des chercheurs les plus cités** dans leur domaine en 2017 selon *Web of Science*. Cette liste, créée par Clarivate Analytics, répertorie plus de 3 300 chercheurs hautement cités. Ces chercheurs se sont distingués en publiant un nombre élevé d'articles qui se classent parmi les 1 % les plus cités dans leur domaine respectif au cours des 11 dernières années.
- Le professeur Sylvain Moineau, mentionné ci-haut, a été nommé **Officier de l'Ordre du Canada** par la gouverneure générale du Canada.
- Le Dr Gary Kobinger, microbiologiste, chercheur et directeur du Centre de recherche en infectiologie (CRI) du CRCHU, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, et sommité mondiale en recherche sur les vaccins, a remporté, conjointement avec la Dre Qiu Xiangguo (Winnipeg), le **Prix principal d'innovation de la Fondation des prix Ernest C. Manning** pour l'élaboration d'un traitement, le ZMapp<sup>MC</sup>, contre le virus Ebola, une maladie grave et souvent mortelle.
- Le Dr Jean-Yves Masson a reçu une **nomination de l'Académie canadienne des sciences de la santé**. Il s'agit de l'une des plus hautes distinctions scientifiques au Canada récompensant les plus éminents scientifiques et chercheurs canadiens dans le domaine biomédical qui contribuent aux préoccupations urgentes relatives à la santé des populations canadiennes.
- Le Dr Alain Naud, professeur titulaire de clinique au département de médecine familiale et médecine d'urgence de l'Université Laval, a reçu le **Prix d'excellence 2017** du Collège québécois des médecins de famille (CQMF) grâce à son implication tant dans la vie universitaire qu'hospitalière.

- L'Association médicale du Québec a décerné son **Prix d'excellence professeur clinicien 2017** au Dr Paul René de Cotret. Le Dr Paul René de Cotret est un pilier dans l'enseignement de la médecine, et principalement de la néphrologie, à la Faculté de médecine de l'Université Laval.
- Le Dr Jean-Claude Forest a reçu la **médaille de service 2017** de l'Association médicale canadienne pour sa contribution exceptionnelle à l'avancement des soins de santé au Canada. Durant sa carrière, le Dr Forest a notamment rehaussé les normes de prestation des soins aux femmes enceintes et du dépistage prénatal.
- En avril 2017, le Lieutenant-Gouverneur du Québec a honoré de la **médaille d'or** Sœur Huguette Michaud. Cette décoration visant à souligner son mérite et son engagement envers les patients de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Membre de la congrégation des Dominicaines de la Trinité, sœur Michaud siège au comité des usagers du CHU et au comité de voisinage du Nouveau complexe hospitalier.
- Le Dr Matthew Weiss a été nommé au poste de **Directeur médical – don d'organes de Transplant Québec**. Le Dr Weiss est pédiatre intensiviste au CHU de Québec-Université Laval. Il est également le médecin spécialiste coordonnateur en don et en transplantation d'organes au sein de notre organisation.

## La recherche au centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval

Notre centre de recherche demeure encore le plus important centre francophone de recherche en santé en Amérique du Nord. En 2016-2017, son financement totalisait approximativement 96,7 millions de dollars, soit une augmentation de près de 5,3 millions de dollars par rapport à l'année précédente. À la suite du sondage réalisé en 2017 par la firme torontoise Research Infosource, qui compile annuellement les revenus de recherche de 40 établissements canadiens, le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval est toujours le neuvième plus important centre de recherche au Canada. La constante augmentation des subventions obtenues représente une importante reconnaissance de la qualité de nos recherches, de même que de notre expertise et de notre leadership.

### Récentes percées scientifiques :

- Fabrication d'une nouvelle molécule capable d'arrêter la prolifération des cellules cancéreuses, et même de réduire la taille des tumeurs chez les souris, à partir du mestranol, un œstrogène stéroïdien synthétique, qui était utilisé dans les contraceptifs oraux il y a cinquante ans. Les tests effectués sur un modèle animal de cancer du sein ont montré que cette molécule stoppe la prolifération des cellules cancéreuses en quelques jours et induit une réduction de la grosseur des tumeurs à partir de la troisième semaine de traitement. Elle s'est aussi révélée efficace contre les cellules d'autres cancers, tels ceux de l'ovaire, de la prostate, du pancréas ainsi que la leucémie.
- L'une de nos équipes est la première au monde à avoir franchi toutes les étapes réglementaires et à obtenir l'autorisation de la Food and Drug Administration et de Santé Canada pour le développement d'un vaccin contre le virus Zika. Ce vaccin sera à l'étude dans trois centres reconnus mondialement, dont le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, ce qui démontre une fois de plus le leadership de notre établissement de recherche dans le domaine de l'infectiologie.
- Obtention d'un brevet d'invention pour des composés pharmacologiques qui, lorsqu'utilisés en combinaison, permettent d'accélérer considérablement la fermeture des plaies cornéennes dans un modèle de cornée humaine produite par génie tissulaire.
- Développement d'un nouvel instrument de dépistage cognitif des démences atypiques, le Dépistage Cognitif de Québec ou DCQ ([www.dcqtest.org](http://www.dcqtest.org)).
- Découverte d'un mécanisme cellulaire qui joue un rôle important dans la croissance et la survie des tumeurs du cerveau. Cette percée offre de nouvelles cibles thérapeutiques pour freiner le développement de certains cancers et a fait l'objet d'une entrevue sur les ondes de Radio-Canada.
- Possibilité de prédire et de prévenir la majorité des prééclampsies sévères et des naissances prématurées associées. Comme celles-ci constituent une cause majeure de mortalité périnatale, ces découvertes auront un impact majeur sur la pratique clinique de l'obstétrique au Canada et à travers le monde.

	2016-2017	2017-2018 <sup>3</sup>
<b>NOMBRE DE CHERCHEURS</b>		
Réguliers et associés	350	338
Affiliés et honoraires	174	169
<b>Sous-total chercheurs</b>	<b>524</b>	<b>507</b>
<b>PERSONNEL</b>		
Personnel administratif, professionnel de recherche, techniciens, infirmière de recherche, etc.	<b>1 208</b>	<b>1 268</b>
<b>ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX</b>	<b>911</b>	<b>927</b>
<b>GRAND TOTAL PERSONNEL ASSOCIÉ À LA RECHERCHE</b>	<b>1 959</b>	<b>2 702</b>
<b>FINANCEMENT TOTAL</b>		
Subventions; bourses; commandites, partenariats et contrats; budget de fonctionnement FRQS, Fonds de soutien à la recherche, etc	<b>91 426 583 \$</b>	<b>96 718 752 \$</b>
<b>PUBLICATIONS</b>		
Articles dans les périodiques	1 085	1 183
Volumes ou chapitres de livre	44	84
<b>TOTAL PUBLICATIONS</b>	<b>1 129</b>	<b>1 267</b>

#### Autres faits saillants liés à la recherche au CHU :

- Le CRCHU a maintenu en 2017 sa position en tête du palmarès nord-américain de la recherche francophone en santé.
- **72 nouvelles variations génétiques** qui augmentent le risque de développer un cancer du sein ont été découvertes par une équipe internationale dont fait partie le professeur Jacques Simard, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en oncogénétique et directeur adjoint de la recherche fondamentale au CRCHU.
- Le Dr Yves Fradet est l'un des principaux auteurs d'une étude sur le **remplacement de la chimiothérapie de deuxième ligne par l'immunothérapie** pour le traitement du cancer de la vessie. Les résultats de cette étude ont été publiés dans la prestigieuse revue *New England Journal of Medicine*.
- Un groupe de sept chercheurs du CRCHU a participé à un projet de recherche collectif portant sur l'**identification d'une signature génétique** qui explique les raisons pour lesquelles les hommes atteints d'un cancer de la prostate localisé et curable voient l'apparition de la maladie sous une forme agressive à la suite d'un traitement de radiothérapie ou d'une chirurgie. Leur étude a été publiée dans la revue *Nature*.

<sup>3</sup> Données au 31 mars 2017 ; les données au 31 mars 2018 seront validées au cours de l'automne 2018. Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec 2016-2017*.

- Le QuoCo, un nouvel **outil de détection de la maladie d'Alzheimer** et des autres démences a été mis au point par une équipe menée par le Dr Robert Jr Laforce, neurologue et neuropsychologue à la Clinique interdisciplinaire de mémoire du CHU de Québec-Université Laval. Cet outil permettra de détecter plus facilement et plus efficacement les premiers signes d'Alzheimer et de démence.
- L'**identité génomique des cellules microgliales** a été révélée par une équipe menée par le Dr David Gosselin, chercheur de l'Axe Neurosciences du CRCHU et professeur au Département de médecine moléculaire de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Cette étude a permis de caractériser les mécanismes moléculaires à l'origine des fonctions de cette cellule qui joue un rôle essentiel dans le développement du cerveau et le maintien de son bon fonctionnement. Cette avancée permettra de faire de meilleures interprétations des études génétiques portant sur les maladies du cerveau.
- Un programme d'**essais cliniques de phases 1 et 2 en hémato-oncologie** a récemment débuté à L'Hôtel-Dieu de Québec par les D<sup>rs</sup> Vincent Castonguay et Maxime Chénard-Poirier. Ces essais permettront aux patients atteints de cancer qui n'ont plus d'options thérapeutiques d'essayer de nouveaux traitements en pouvant rester dans ou à proximité de leur région.
- Marie-Ève Tremblay, du Département de médecine moléculaire, a obtenu la **chaire de recherche du Canada en plasticité neuroimmunitaire en santé et thérapie**, laquelle est intégrée au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval (CRCHU).
- En mai 2017, la Fondation du cancer du sein du Québec et le Groupe McPeak-Sirois, dont le CHU est l'un des membres fondateurs, ont collaboré pour lancer le **programme Accès-recherche** dont l'objectif est de rendre la recherche clinique en cancer du sein accessible à un plus grand nombre de personnes atteintes au Québec.

## L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval

Affilié à l'Université Laval, le CHU dispense des soins et des services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés, en y intégrant l'enseignement, la recherche clinique et fondamentale et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Ainsi, nos équipes forment au quotidien la relève de demain, et ce, tant dans les domaines médicaux que non médicaux.

À titre de pôle majeur d'enseignement au Québec, le CHU offre des occasions uniques en raison de ses missions, de la variété des pathologies traitées, du volume d'activités ainsi que de la qualité et du dynamisme des professionnels en place. Chef-lieu de la majorité des programmes en sciences de la santé de l'Université Laval, le CHU entretient également des liens étroits avec plusieurs collèges et commissions scolaires.

L'ampleur des activités d'enseignement du CHU est telle que l'équivalent en moyenne à une école de près de 1 000 étudiants qui la fréquente à chaque jour.

### Atteindre des niveaux académiques supérieurs dans nos secteurs spécialisés et surspécialisés (2014-2020)

- **Rehaussement du programme SARC** selon les normes de la Fondation des maladies du cœur 2015 à l'automne 2017 : cette formation en soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC), plus communément appelée ACLS (*Advanced Cardio Life Support*), s'adresse aux infirmières des unités de soins critiques appelées à intervenir en situation de réanimation. Il permet de développer et de maintenir les compétences de ces professionnelles dans ce domaine.

	JOURS-STAGE						
	CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	TOTAL	ETC <sup>1</sup>
<b>ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE – VOLET MÉDICAL</b>							
<b>Formation en médecine</b>							
Introduction à l'externat	108,00	62,00	64,00	84,00	0,00	318,0	1,2
Externat	15475,00	5475,00	6485,00	6945,00	2115,00	36495,0	140,4
Résidence	35560,00	24620,00	18580,00	31860,00	9560,00	120180,0	462,2
<b>Total de la formation en médecine</b>	<b>51143,0</b>	<b>30157,0</b>	<b>25129,0</b>	<b>38889,0</b>	<b>11675,0</b>	<b>156993,0</b>	<b>603,8</b>
<b>Formation en pharmacie</b>							
Pharmacie stagiaire	650,0	874,0	705,0	990,0	410,0	3629,0	14,0
Pharmacie résidence (incluant les résidents externes)	1112,0	960,0	698,0	847,0	584,0	4201,0	16,2
<b>Total de la formation en pharmacie</b>	<b>1762,0</b>	<b>1834,0</b>	<b>1403,0</b>	<b>1837,0</b>	<b>994,0</b>	<b>7830,0</b>	<b>30,1</b>
<b>Formation en médecine dentaire</b>							
Stagiaire en médecine dentaire	0,0	0,0	0,0	217,0	3,0	220,0	0,8
Résidence en médecine dentaire multidisciplinaire	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	0,3
Résidence en géodontologie	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	0,1
Résidence en parodontie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	JOURS-STAGE						
	CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	TOTAL	ETC <sup>1</sup>
Résidence en chirurgie buccale et maxillo-faciale	0,0	0,0	0,0	3130,0	0,0	3130,0	12,0
<b>Total de la formation en médecine dentaire</b>	<b>96,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>3347,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3446,0</b>	<b>13,3</b>
<b>TOTAL DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE – VOLET MÉDICAL</b>	<b>53001,0</b>	<b>31991,0</b>	<b>26532,0</b>	<b>44073,0</b>	<b>12672,0</b>	<b>160439,0</b>	<b>617,1</b>
<b>ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE – VOLET MULTIDISCIPLINAIRE</b>							
Audiologie	8,0	5,0	1,0	4,0	0,0	18,0	0,1
Biochimie clinique	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	40,0	0,2
Ergothérapie	116,0	50,0	120,0	201,0	217,0	704,0	2,7
Kinésiologie	0,0	0,0	62,0	0,0	0,0	62,0	0,2
Nutrition	877,0	738,0	385,0	912,0	180,0	3092,0	11,9
Orthophonie	280,0	94,0	10,0	24,0	0,0	408,0	1,6
Pharmacie stagiaire	650,0	874,0	705,0	990,0	410,0	3629,0	14,0
Pharmacie résidence (incluant les résidents externes)	1112,0	960,0	698,0	847,0	584,0	4201,0	16,2
Physiothérapie	256,0	644,0	528,0	541,0	160,0	2129,0	8,2
Physique médicale	0,0	390,0	0,0	0,0	0,0	390,0	1,5
Psychologie	1080,0	0,0	0,0	828,0	0,0	1908,0	7,3
Sciences infirmières	2294,0	1609,0	1961,0	1600,0	702,0	8166,0	31,4
Service social	150,0	96,0	0,0	0,0	0,0	246,0	0,9
<b>TOTAL DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE – VOLET MULTIDISCIPLINAIRE</b>	<b>6823,0</b>	<b>5460,0</b>	<b>4510,0</b>	<b>5947,0</b>	<b>2253,0</b>	<b>24993,0</b>	<b>96,1</b>
<b>AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES</b>							
Autres disciplines universitaires <sup>2</sup>	280,0	255,0	155,0	370,0	0,0	1060,0	4,1
<b>TOTAL AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES</b>	<b>280,0</b>	<b>255,0</b>	<b>155,0</b>	<b>370,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1060,0</b>	<b>4,1</b>
<b>TOTAL ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE</b>	<b>60104,0</b>	<b>37706,0</b>	<b>31197,0</b>	<b>50390,0</b>	<b>14925,0</b>	<b>186492,0</b>	<b>717,3</b>
<b>ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL</b>							
Archives médicales	0,0	0,0	0,0	0,0	28,0	28,0	0,1
Soins infirmiers	9142,0	5558,0	7875,0	7509,0	2533,0	32617,0	125,5
Technique de cytotechnologie	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0	13,0	0,1
Technique de diététique	25,0	0,0	269,0	0,0	40,0	334,0	1,3
Technique d'éducation spécialisée	92,0	0,0	0,0	0,0	0,0	92,0	0,4

	JOURS-STAGE						
	CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	TOTAL	ETC <sup>1</sup>
Technique d'électrophysiologie médicale	179,5	136,0	148,0	483,5	70,0	1017,0	3,9
Technique d'inhalothérapie et de soins respiratoires	641,0	732,0	722,0	904,0	154,0	3153,0	12,1
Technique d'analyses biomédicales	656,0	715,0	0,0	860,0	195,0	2426,0	9,3
Technique de médecine nucléaire	103,0	10,0	0,0	0,0	0,0	113,0	0,4
Technique de radiodiagnostic	1149,0	1148,0	1261,0	1285,0	454,0	5297,0	20,4
Technique de radiothérapie	0,0	827,0	0,0	0,0	0,0	827,0	3,2
Technique de réadaptation physique	40,0	45,0	45,0	90,0	40,0	260,0	1,0
Technique de soins préhospitaliers d'urgence	75,0	0,0	74,0	137,0	22,0	308,0	1,2
Technique de stérilisation	47,0	100,0	15,0	42,0	259,0	463,0	1,8
Autres disciplines collégiales <sup>3</sup>	33,0	0,0	24,0	37,0	0,0	94,0	0,4
<b>TOTAL ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL</b>	<b>12182,5</b>	<b>9271,0</b>	<b>10433,0</b>	<b>11347,5</b>	<b>3808,0</b>	<b>47042,0</b>	<b>180,9</b>
<b>ENSEIGNEMENT SECONDAIRE</b>							
Santé, assistance et soins infirmiers	3150,0	924,0	1330,0	3573,0	2111,0	11088,0	42,6
Assistance technique en pharmacie	224,0	226,5	248,5	152,5	284,5	1136,0	4,4
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	125,0	162,0	439,0	376,0	109,0	1211,0	4,7
Secrétariat – secrétariat médical	47,0	61,0	61,0	50,0	32,0	251,0	1,0
Hygiène et salubrité	0,0	0,0	45,0	0,0	0,0	45,0	0,2
Autres disciplines (MMF, cuisine, photographie médicale)	10,0	0,0	18,0	10,0	10,0	48,0	0,2
<b>TOTAL ENSEIGNEMENT SECONDAIRE</b>	<b>3556,0</b>	<b>1373,5</b>	<b>2141,5</b>	<b>4161,5</b>	<b>2546,5</b>	<b>13779,0</b>	<b>53,0</b>
<b>GRAND TOTAL</b>							
	<b>75842,5</b>	<b>48350,5</b>	<b>43771,5</b>	<b>65899,0</b>	<b>21279,5</b>	<b>247313,0</b>	<b>951,2</b>
* Outre les stages, le CHU de Québec-Université Laval a accueilli plusieurs étudiants lors de leur projet de formation pratique, par exemple : génie industriel, maîtrise en services sociaux							
<sup>1</sup> Équivalent temps complet							
<sup>2</sup> Autres disciplines universitaires (soins spirituels, relations industrielles, gestion)							
<sup>3</sup> Autres disciplines collégiales (approvisionnement, orthèse-prothèse, informatique). Veuillez noter que les stages du Centre administratif, tels que approvisionnement, sont inscrits dans le milieu de L'HDQ.							

## Orientation 4

### Nous construisons un véritable CHU

Réaliser une véritable transformation de notre organisation et de notre culture, en prenant appui sur un projet clinique intégrant l'ensemble de nos activités et permettant de faire face aux défis que représente la mise en œuvre de notre nouveau complexe hospitalier.

Dans l'orientation 4, la **priorité pour l'année 2017-2018 est de poursuivre la réalisation du nouveau complexe hospitalier (NCH)**. Plusieurs actions ont été entreprises en lien avec cette priorité au cours de la dernière année. Ainsi, les travaux préparatoires de la **phase 1 du NCH** ont débuté en mai 2017 sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), environ deux semaines après que le CHU en ait reçu l'autorisation du MSSS. Le 9 novembre, la première pelletée de terre a eu lieu, ce qui a symboliquement lancé la construction du nouveau complexe hospitalier. Les travaux liés à la structure des futurs bâtiments se sont ainsi poursuivis au début de l'année 2018. La phase 1 du projet du NCH, qui s'étalera jusqu'en 2020, comprend notamment les travaux préparatoires, la construction de la centrale d'énergie, du bâtiment des génératrices, du Centre intégré de cancérologie, d'une partie des stationnements et du tunnel d'accès.

En parallèle de ces travaux, l'équipe de la Direction clinique du nouveau complexe hospitalier (DCNCH) a poursuivi ses efforts de consultation et de mobilisation dans le cadre de la démarche de transition et de transformation. Ainsi, plusieurs ateliers destinés aux directions ainsi qu'aux secteurs cliniques ont eu lieu afin d'élaborer un scénario de transfert des activités cliniques de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus vers le NCH. De plus, les membres de la Direction clinique du NCH rencontrent régulièrement les équipes du CHU lors de réunions, d'ateliers Kaizen ou de tournées sur les unités de soins ainsi que les résidents du quartier lors de rencontres du comité de citoyens.

Le projet du nouveau complexe hospitalier amorcera prochainement sa **phase 2** qui permettra, notamment, la construction du bâtiment des soins critiques, d'un centre de recherche et le réaménagement de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Par les services de pointe qu'il offrira dans un complexe ultramoderne, ce projet inspirant et innovant bénéficiera à toute la population de l'est du Québec.

**Voici un dernier fait saillant en lien avec l'un des objectifs liés à cette orientation :**

#### **Nous doter d'un plan intégré de communication organisationnelle**

Le **plan intégré de communication organisationnelle** a été adopté par le conseil d'administration du CHU en septembre 2017, en cohérence avec la planification stratégique 2014-2020 de l'organisation et en respectant les critères d'Agreement Canada. Ce plan vise notamment à informer les ressources humaines de l'organisation de sa planification, ses orientations, ses activités, son fonctionnement, ses réalisations et ses nouveautés. Par conséquent, il contribue à donner un sens au travail, aux décisions et aux orientations et nourrit la mobilisation et le sentiment d'appartenance. Le plan vise également à faire connaître l'organisation, les soins et les services offerts et les modalités pour y accéder, ses intervenants, ses réalisations et les changements.

## Principaux projets de développement immobiliers au CHU

CHU	Coûts
Mise à niveau des hottes selon la norme ANSI 49	6 000 \$
Inspection préventive des façades des bâtiments – phase 2	223 000 \$
Remplacement des équipements de production et de distribution alimentaire	55 000 \$
Rehaussement des chaînes analytiques des laboratoires	324 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>608 000 \$</b>

CHUL	Coûts
Remplacement de la salle de graphie à l'urgence	129 000 \$
Remplacement des ascenseurs n° 17 et n° 19	27 000 \$
Mise à niveau des unités de soins adultes, lot 2 – construction	1 545 000 \$
Remplacement du réservoir d'huile n° 1	29 000 \$
Monitoring foetal	54 000 \$
Programme d'oncologie pédiatrique au CMES	3 128 000 \$
Recherche – conversion laboratoire NC3 en NC2 au R-0782	139 000 \$
Recherche – mise à niveau du laboratoire NC3 au R-00713	299 000 \$
Réaménagement salle de graphie clinique externe	828 000 \$
Travaux de mise aux normes	74 000 \$
Mise aux normes du réseau d'alarme incendie	53 000 \$
Mise aux normes des pharmacies du CMES, lot 2 – SCAS	1 046 000 \$
Réaménagement des locaux pour le remplacement de la caméra Axis, lot 2 – aménagement des locaux	578 000 \$
Réserve pour petits travaux de mise aux normes	173 000 \$
Installation d'une conduite d'alimentation secondaire ( <i>by-pass</i> ) d'eau froide domestique	78 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>8 180 000 \$</b>

HEJ	Coûts
Réhabilitation gravitaire aile C	60 000 \$
Réaménagement de la laverie et remplacement du lave-vaisselle	372 000 \$
Remplacement IRM n° 2	106 000 \$
Travaux de mise aux normes	73 000 \$
Maçonnerie ailes A et E	3 176 000 \$
Réserve pour petits travaux de mise aux normes	145 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>3 932 000 \$</b>

HSS	Coûts
Remplacement des conduites de drainage sanitaire des ailes A, B, C et E	20 000 \$
Plan de verdissement et de lutte aux îlots de chaleur	14 000 \$
Réaménagement de l'entrée principale	31 000 \$
Remplacement des compresseurs d'air médical	40 000 \$
Réaménagement de la salle de fluoroscopie n° 5, salles de graphie n° 1 et n° 7	2 015 000 \$
Réfection du monte-charge 1F	15 000 \$
Réaménagement et amélioration de l'aire de vie de la salle d'attente clinique externe (K3-02 et K3-09)	15 000 \$
Mise aux normes du réseau d'alarme incendie	321 000 \$
Remplacement des réservoirs pétroliers et réfection de leur bâtiment	417 000 \$
Réfection de la toiture de l'aile A	450 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>3 338 000 \$</b>

HSFA	Coûts
Aménagement de locaux d'activités ambulatoires en chirurgie colorectale	14 000 \$
Remplacement de colonnes de gaz médicaux, armoires chauffantes et lampes au bloc opératoire	189 000 \$
Réaménagement archives B0	14 000 \$
Installation de stations de lavage de mains, double casier et de lave-bassines sur unités de soins	12 000 \$
Remplacement / ajout stérilisateur vapeur URDM	247 000 \$
Salle hybride (vasculaire) au bloc opératoire	185 000 \$
Mise aux normes du SCAS à la pharmacie	1 195 000 \$
Dépistage néonatal (DNN)	89 000 \$
Travaux de mise aux normes	143 000 \$
Mise aux normes de la laverie de la cuisine	67 000 \$
Réfection de la maçonnerie et des fenêtres de l'édifice C	132 000 \$
Remplacement de la résonance magnétique système sigma 5X en radiologie	2 633 000 \$
Remplacement des colonnes de gaz médicaux au bloc opératoire	189 000 \$
Monitoring foetal	58 000 \$
Relocalisation de la salle d'urologie au A-1	455 000 \$
Aménagement secteurs clinico-administratif et soutien (bloc opératoire)	1 081 000 \$
Implantation double casier	304 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>7 007 000 \$</b>

L'HDQ	Coûts
Remplacement de systèmes de cloches d'appel	79 000 \$
Aménagement locaux Fondation et bénévoles	18 000 \$
Mise aux normes des colonnes de drainage et des montées d'eau au bâtiment 500	21 000 \$

Relocalisation du centre d'information sur le cancer	18 000 \$
Remplacement E-CAM	33 000 \$
Travaux de mise aux normes	166 000 \$
Réparation des ascenseurs n° 3, 4, 5 et 6	297 000 \$
Travaux d'amélioration pour l'arrivée et le traitement des spécimens au CRCEO	293 000 \$
Réserve pour petits travaux de mise aux normes	95 000 \$
Sécurisation conformité CCSN curiethérapie	13 000 \$
<b>Sous-total</b>	<b>1 033 000 \$</b>

<b>TOTAL des principaux projets de développement immobilier</b>	<b>24 098 000 \$</b>
---	----------------------

## Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

### Chapitre III – Attentes spécifiques

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>				
2.2	Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>				
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement. <b>(Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, veuillez compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017)</b>	NR	La Direction de la santé mentale du CIUSSSCN a la responsabilité régionale de déployer ce plan d'action et d'élaborer les diverses stratégies qui découleront des rencontres de concertation avec les autres partenaires régionaux dont le CHU de Québec-UL.
3.7	ADDENDA - Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	R	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)</b>				
4.3	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Douleur chronique Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action - Objectif - Stratégie/Moyens - Responsable - Résultats/Livrables - Échéancier - Indicateur - Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	R	
4.5	État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	AVC Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
4.6	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Maladie réanle Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)</b>				
6.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R	
6.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION  R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)</b>				
7.3	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	R	
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.	
7.5	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis et entérinés par le C. A.	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.	

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	COMMENTAIRES
7.6	État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	R	

## Chapitre IV – Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
<b>Première ligne et urgence</b>				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,0	13.5	12 hres	<p>L'engagement (cible) des trois indicateurs n'est pas atteint.</p> <p>☐ Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé</p> <p>Globalement, la durée moyenne de séjour sur civière dans les urgences du CHU de Québec-Université Laval en 2017-2018 a diminué en comparaison avec l'année 2016-2017 pour se rapprocher de la cible de 12 heures en 2020. Un fait intéressant est qu'il y a eu une amélioration si on isole la santé physique de la santé mentale, passant de 13,5 au global à 13,1 h en santé physique.</p> <p>Augmentation du nombre de visites globale aux services d'urgence (+ de 4000) attribuable à la hausse de la clientèle sur civière de 4%.</p> <p>Cette augmentation d'achalandage a un impact sur les ressources disponibles au sein du centre hospitalier, ainsi que pour celles du réseau de la santé à Québec (CIUSSSCN), avec qui nous travaillons en partenariat pour les NSA.</p> <p>Des actions se poursuivront sur la gestion de l'épisode de soins à l'urgence en travaillant avec les équipes médicales pour nos 24-48 heures sur civière et pour libérer les patients ayant un niveau de soins alternatifs vers les ressources de la communauté. Nous avons connu de belles améliorations sur les taux de personnes qui dépassent un séjour de plus de 48 heures sur civière passant de 3,9 % en 2016-2017 à 1,9 % en 2017-2018 pour la clientèle de santé physique.</p> <p>Au sein des urgences du CHU de Québec-Université Laval, une des causes susceptibles d'expliquer la non-atteinte des résultats est la somme de la clientèle en santé mentale avec celle de la santé physique dans nos urgences. Nous travaillons de pair avec le CIUSSSCN pour trouver des solutions pour la clientèle de santé mentale dans les urgences. Par contre, cette clientèle est sous la gouverne du CIUSSS de la Capitale-Nationale, donc, pour</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>le CHU de Québec-Université Laval, il est difficile d'établir des actions afin d'améliorer ces indicateurs de performance.</p> <p>La modification de la gestion et de la responsabilisation de la santé mentale des urgences psychiatriques avec le CIUSSSCN peut expliquer en partie une difficulté de gestion de la donnée dans nos systèmes.</p> <p>Les efforts soutenus du CHU de Québec-Université Laval avec le CIUSSSCN pour mieux diriger la clientèle devraient être au rendez-vous cette année. Nous devons, avec les équipes médicales, trouver des solutions pour les plus de 24 heures dans les urgences et être en mesure de réorienter la clientèle non urgente vers les cliniques (GMF, GMF-R) de façon sécuritaire, avec les outils nécessaires.</p> <p>De plus, un plan d'action organisationnel a été mis en place pour répondre aux indicateurs de performances demandés.</p> <p>Mesures prises pour corriger la situation dans les 5 urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir séparer les indicateurs de la clientèle de santé mentale et de la clientèle de santé physique pour mieux se comparer et mieux intervenir.</li> <li>• Revoir les ententes de gestion pour la santé mentale du CIUSSSCN et les urgences du CHU de Québec-Université Laval.</li> <li>• Application des plans de débordement hospitalier dans les 5 hôpitaux.</li> <li>• Intensification des travaux pour optimiser l'épisode de soins chez les patients avec le CIUSSSCN.</li> <li>• Partage en cogestion (médico-nursing) des indicateurs de gestion et d'imputabilité au sein de la DC-U et de la DMU.</li> <li>• Projet de réorientation avec la première ligne à développer.</li> <li>• Implantation d'une unité de court séjour adulte.</li> <li>• Intensification de différentes mesures pour faire respecter la mission de l'urgence.</li> <li>• Projet ZER (automne 2018) à l'urgence de HEJ.</li> <li>• Utiliser davantage les horaires atypiques (quart casino) pour les médecins dans les urgences.</li> <li>• Collaborer avec le CIUSSSCN pour maximiser l'offre de services des professionnels dans les urgences.</li> <li>• Élargir les accès aux plateaux techniques dans les CH pour les urgences.</li> </ul>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				Des efforts sont faits pour augmenter le questionnement sur la pertinence des examens et soins prodigués à la clientèle au sein des urgences. Nous devons constamment maintenir ces efforts de collaboration et de sensibilisation dans le temps.  Des rencontres sont en cours avec le CIUSSSCN pour réorienter la clientèle NSA de nos centres vers la communauté, ceci afin de libérer des lits pour la clientèle hospitalisée dans les civières de l'urgence.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80 %	71 %	80 %	voir indicateur : 1.09.01-PS
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	75 %	59 %	80 %	voir indicateur : 1.09.01-PS
<b>Services spécialisés</b>				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	14	0	L'engagement convenu dans l'EGI 2017-2018 n'est pas atteint mais en voie de résolution. Nous sommes passés de 223 cas en 2016-2017 à 14 cas en 2017-2018. Plusieurs de ces cas seront rayés de la liste sous peu ou le sont déjà car ils ont subi leur chirurgie. Pour les quelques cas n'ayant pas de date de chirurgie, ce sont des cas non disponibles pour lesquels les mécaniques d'accès ont été appliqués. Les dates seront attribuées dès que possible pour chacun de ces patients.
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100 %	86 %	100 %	SCOPIES : Engagement non atteint. 1- Mesure prise : diriger les patients vers les cliniques privées lorsque possible puisqu'aucun frais pour les patients. 2- Contrainte : changement de logiciel pour l'attribution des rendez-vous. Donc, toutes les demandes ont été mises en attente (saisie dans le système), y compris les projets de recherche (l'ostéodensitométrie) et les demandes en lien avec d'autres spécialités comme l'ergothérapie et l'orthophonie (vidéo de déglutition). Manque de disponibilité des professionnels pour la réalisation de ces examens. 3- Évolution des résultats : baisse des résultats, surtout en lien avec la mise en attente (saisie dans le système) de toutes les demandes dans notre logiciel du e-Rv et de l'amélioration de la qualité de la saisie. 4- Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les bonnes pratiques et des bonnes normes, depuis la fin avril

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				2018, va permettre une amélioration de la qualité de la saisie par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité. Des audits seront faits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	95 %	100 %	MAMMOGRAPHIES : engagement atteint. 1- Engagement atteint puisqu'il s'agit de 100% des patients en processus du mécanisme d'accès (patients non disponibles). 2-Contrainte : patients en mécanisme d'accès ( patients non disponibles). 3-Évolution des résultats : stable. 4-Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les normes et bonnes pratiques, depuis la fin avril 2018, va permettre une amélioration de la qualité de la saisie par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité. Des audits seront faits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %	
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	85 %	80 %	85 %	ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES : engagement non atteint. 1-Mesure prise : continuer le lissage des listes d'attente dans l'ensemble du CHU de Québec. 2-Contrainte : les patients ne veulent pas aller sur les autres sites du CHU de Québec, malgré une accessibilité plus rapide. Planifier le rendez-vous échographie cardiaque le même jour que la consultation avec le spécialiste. 3-Évolution des résultats : un rattrapage a été fait en 2017-2018 ainsi que l'épuration de la liste d'attente. Cela nous a permis d'améliorer notre cible considérablement, passant de 68% à 80%. 4-Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les normes et bonnes pratiques, est prévue pour l'année 2020, ce qui va permettre une amélioration de la qualité de la saisie

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité.
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100 %	95 %	100 %	ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES : engagement atteint. 1-Engagement atteint puisqu'il s'agit de 100% des patients en processus du mécanisme d'accès (patients non disponibles). 2-Contrainte : patients en mécanisme d'accès ( patients non disponibles).
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90 %	81 %	90 %	AUTRES ÉCHOGRAPHIES : engagement non atteint. 1-Mesure prise : diriger la clientèle pédiatrique de plus de 12 ans dans les autres sites du CHU de Québec. Transfert de la clientèle adulte première visite du CHUL vers les autres sites du CHU de Québec pour faire place à la pédiatrie au CHUL. 2-Contrainte : clientèle pédiatrique et manque de disponibilité médicale pour le musculo squelettique. 3-Évolution des résultats : hausse des résultats (passant de 64% à 81%) en lien avec l'accessibilité aux cliniques privées sans frais pour les patients. 4-Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les normes et bonnes pratiques, est prévue pour l'année 2019, ce qui va permettre une amélioration de la qualité de la saisie par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité.
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	95 %	87 %	95 %	TOMODENSITOMÉTRIES : engagement non atteint. 1-Mesure prise : gestion de la liste d'attente à chaque période avec les médecins afin de répondre à la demande. 2-Contrainte : depuis la fin mars 2018, première liste d'attente CHU de Québec. Cela nous permet d'offrir aux patients un rendez-vous plus rapide selon sa priorité clinique, mais dans le respect des missions et des particularités de chaque site. L'implantation du logiciel e-Rv nous a permis d'épurer les listes d'attente, d'améliorer la qualité de la saisie et d'avoir un portrait réel de notre liste d'attente. Manque de disponibilité médicale, surtout pour les blocs foraminaux. Capacité (limite) de lecture des radiologues atteinte. 3-Évolution des résultats : hausse du résultat (passant de 81% à 87%) . Réalisation de 4 796 examens de plus que l'année précédente.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				4-Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les normes et bonnes pratiques, depuis la fin mars 2018, va permettre une amélioration de la qualité de la saisie par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité. Des audits seront faits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90 %	65 %	85 %	<p>RÉSONANCES MAGNÉTIQUES : engagement non atteint.</p> <p>1-Mesure prise : Un atelier de travail a eu lieu avec les gestionnaires et les radiologistes dont l'objectif principal était d'améliorer notre offre de service. Plusieurs pistes de solution ont été discutées et approuvées dont : a) optimisation des temps d'examens (réalisé) b) harmonisation des pratiques cliniques et techniques (en cours) c) révision du cas fait sous supervision (en cours) d) ouverture de nuit de façon ponctuelle lorsque possible (réalisé) e) injection de gadolinium sans la présence du radiologue (réalisé).</p> <p>2-Contrainte : L'inadéquation entre l'offre et la demande. Capacité (limite) de lecture des radiologues atteinte.</p> <p>3-Évolution des résultats : malgré une hausse de près de 2 000 cas réalisés de plus que l'année précédente, ainsi que l'ouverture de tous les plateaux 16 heures par jour, 7 jours sur 7 et de nuit sur plusieurs sites, nos résultats se situent encore à 65%.</p> <p>4-Mesures qui seront prises : création du centre de rendez-vous imagerie médicale CHU de Québec incluant la médecine nucléaire et l'électrophysiologie. Cette création permet la gestion d'une liste d'attente CHU de Québec dans le respect des missions et des particularités de chaque site, par l'implantation du nouveau logiciel e-Rv et de l'application du mécanisme, selon les normes et bonnes pratiques, est prévue pour la fin de l'année 2018, ce qui va permettre une amélioration de la qualité de la saisie par les agents administratifs ainsi qu'une liste d'attente réelle et représentative de notre réalité.</p>
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100 %	89 %	100 %	<p>TEP : engagement atteint considérant que 100% des patients hors délais sont en processus du mécanisme d'accès (patients non disponibles).</p> <p>1-Mesure prise : depuis décembre 2017, l'implantation du logiciel e-Rv et des nouveaux processus pour l'attribution des</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>rendez-vous. Contrôle de qualité effectué à toutes les périodes afin de s'assurer que la liste d'attente reflète la réalité.</p> <p>2-Contrainte : 100% des patients hors délais sont en processus du mécanisme d'accès (patient non disponible).</p> <p>3-Évolution des résultats : depuis l'implantation du logiciel e-Rv à la TEP, on constate qu'en nombre les demandes ont considérablement diminuées puisqu'il y a eu l'épuration de la liste d'attente et l'application du mécanisme d'accès. De plus, la qualité de la saisie est excellente. Les priorités cliniques sont respectées en totalité.</p> <p>4-Mesures qui seront prises : continuer le contrôle de qualité effectué à toutes les périodes afin de s'assurer que la liste d'attente reflète la réalité.</p>
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90 %	69 %	90 %	<p>L'engagement pour cet indicateur n'est pas atteint malgré la tendance à la hausse. Une augmentation de 5 % du nombre de cas réalisés à l'intérieur de ce délai pour un total de 297 cas supplémentaires a été constatée dans la dernière année ainsi qu'une diminution de 72 cas au total en attente en oncologie. La plupart des cas hors délais de plus de 28 jours sont en urologie pour laquelle les besoins populationnels sont en croissance. L'accès à certains plateaux techniques chirurgicaux et l'expertise médicale spécifique à ces plateaux complexifient le respect du délai d'accès en moins de 28 jours. Diverses stratégies sont en cours pour atteindre les cibles comme offrir du temps opératoire en soirée pour des chirurgies électives oncologiques et l'ouverture de 200 priorités opératoires au CHU dès septembre prochain pour améliorer l'accès à ces clientèles.</p>
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	100 %	100 %	100 %	
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	100 %	100 %	
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100 %	100 %	100 %	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70 %	49 %	70 %	<p>Malheureusement, on note un taux global d'hygiène des mains de 49 % pour le CHU de Québec-UL pour l'année financière 2017-2018. Ce résultat se trouve sous la cible du MSSS de 70%. Il s'agit d'un taux supérieur à celui observé en 2016-2017, qui était de 47 %.</p> <p>2. Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé : L'analyse de la situation nous indique que l'adhésion aux bonnes pratiques n'est pas de cent pour cent. Ce constat concerne l'ensemble du personnel soignant. Malgré toutes les stratégies mises en place, de nouvelles actions devront être élaborées pour favoriser une pratique optimale de l'hygiène des mains.</p> <p>3. Mesures prises pour corriger la situation : Dans un souci d'atteindre la cible, un nouveau plan d'action a été constitué et cet élément fait partie des priorités organisationnelles pour l'année 2018-2019</p> <p>Les travaux ont débuté en mars 2018 et visent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La création d'un comité stratégique pour soutenir l'hygiène des mains</li> <li>· La mise en place d'un guide d'intervention pour les gestionnaires</li> <li>· La formation d'agents de prévention et de préposés champions pour l'hygiène des mains</li> <li>· Une rétroaction plus fréquente des résultats et un suivi constant de l'indicateur par le comité de direction</li> <li>· Des activités de rétroaction en temps réel aux équipes de travail</li> <li>· Soutien du CII, CM, CMDP</li> </ul>
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté à 95% les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté à 65% les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	
1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	36	36	N/A	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,66 %	6,23 %	5,66 %	<p>Les mesures mises en place sont l'implantation d'une démarche d'intervention en ressources humaines dans un douzaine de services ou unités ciblées par le comité de direction (matrices de risques psychosociaux). L'amélioration de la qualité de vie au travail et un service de soutien complémentaire au PAE seront bientôt offerts aux employés. Un renforcement des pratiques de gestion en matière d'absentéisme.</p> <p>L'augmentation du nombre de réclamations (+ 201) d'assurance salaire explique l'augmentation du ratio. De plus, le nombre de facteurs organisationnels a aussi augmenté significativement.</p> <p>Les conditions de réalisation du plan d'action de la Gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de temps supplémentaire ne favorisent pas la prévention et complexifient la gestion du personnel présent et absent.</p>
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,31 %	2,39 %	2,31 %	<p>Nous avons procédé à l'embauche massive de personnel infirmier et offert des postes à temps complet sur une base volontaire à l'ensemble de ce personnel. Cette dernière action nous a permis d'augmenter la capacité de travail au-delà de 600 quarts de travail par période de 2 semaines. Des analyses sont effectuées dans les services et unités présentant un taux d'heures supplémentaires supérieures à la moyenne. La pénurie de personnel rend difficile l'atteinte de la cible.</p>
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,29 %	1,62 %	1,29 %	<p>75 % du temps travaillé par la main-d'œuvre indépendante est effectué par les agents de sécurité contractuels. Nous n'avons aucun levier pour cette catégorie de personnel. La balance est effectuée par du personnel administratif. À ce chapitre, nous sommes présentement en embauche massive et nous avons créé 177 postes d'équipe volante afin de stabiliser le personnel.</p>
<b>Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales</b>				
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	86 %	N/A Retiré 2018-2019	<p>L'engagement est atteint à l'exception des soins intensifs adultes au CHUL.</p> <p>1. État de situation : bactériémies à l'unité des USI CHUL On note un taux de 4,3 bactériémies associées aux cathéters centraux (BACC) par 1000 jours-cathéters pour l'unité des USI du CHUL pour l'année financière 2017-2018. Ce résultat se trouve au-dessus de la cible du MSSS de 1,78 par 1000 jours-cathéters.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel 2017-2018	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>Au courant de l'année financière 2017-2018, nous avons recensé 1 BACC à l'unité des USI.</p> <p>Le taux d'utilisation des cathéters centraux est très faible aux USI du CHUL ce qui explique qu'une seule BACC entraîne un taux aussi élevé considérant le faible dénominateur. (233 jours cathéters pour l'année 2017-2018)</p> <p>3. Mesures prises pour corriger la situation                      Dans un souci d'atteindre la cible de 0 bactériémie pour les unités des soins intensifs un rappel a été fait à l'ensemble du personnel sur les bonnes pratiques en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•L'utilisation optimale de la liste de vérification lors de l'insertion</li> <li>•Utiliser une méthode de soins adéquate pour la réfection du pansement Utiliser une méthode de soins adéquate pour l'accès aux voies</li> <li>•Utiliser une méthode de soins adéquate pour le changement de la ligne intraveineuse</li> </ul> <p>Aucune bactériémie associée aux cathéters centraux n'est survenue aux USI du CHUL depuis cette bactériémie à la période 9 de l'année financière 2017-2018.</p>
<b>Santé physique - Cancérologie</b>				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100 %	93 %	100 %	L'engagement pour l'EGI 2017-2018 est non atteint mais en amélioration. Le pourcentage d'atteinte est à la hausse de 3 % pour un total de 136 cas de plus qu'en 2016-2017. Tel qu'il est décrit dans l'indicateur des plus de 28 jours, la principale spécialité visée dans cet écart est l'urologie. Pour les autres spécialités où certains cas ont plus de 56 jours, des interventions ciblées sont effectuées par les équipes de planification chirurgicale. Afin de respecter notre engagement à l'EGI, les stratégies sont les mêmes que pour les plus de 28 jours.
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	

<b>LÉGENDE :</b>	
	Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

## Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services

### L'agrément

#### Suivis apportés aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport

Depuis la dernière visite d'Agrément Canada en 2014 à la suite de laquelle l'établissement a été agréé, plusieurs actions visant sa conformité aux différentes normes qui devaient être évaluées au printemps 2018 ont été mises en place ou le seront sous peu. Parmi celles-ci, notons les travaux portant sur :

- le bilan comparatif des médicaments;
- le consentement;
- le cheminement des usagers (prévention et gestion de l'engorgement à l'urgence);
- la prévention des chutes.

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

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

Diverses stratégies adaptées aux réalités des sites du CHU de Québec-Université Laval ont été développées afin de promouvoir tant la déclaration que la divulgation comme le démontrent les exemples ci-dessous :

- les activités de support et les contrôles de qualité sur les unités et services qui utilisent le formulaire électronique de déclaration des incidents et accidents;
- des séances de formation portant sur la déclaration et la divulgation destinées aux résidents en médecine;
- la distribution d'un questionnaire portant sur la déclaration des incidents et accidents à l'ensemble des intervenants cliniques dans le cadre du *Mois Promotion Qualité* tenu en novembre 2017.

#### La nature des principaux types d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance

En 2017-2018, 16 811 incidents (gravité A et B) et accidents (gravité C à I) ont été dénombrés au moyen du registre local de surveillance Gesrisk.

Les trois principaux types d'incidents (soit 12,7 % de l'ensemble des incidents et accidents rapportés) sont les suivants :

- Retraitement du matériel (N=684 soit 4,1 %);
- Autre (N=606 soit 3,6 %);
- Médicament (N=428 soit 2,5 %).

Les 606 incidents de type «Autre» sont principalement des erreurs liées au dossier.

Quant aux trois principaux types d'accidents (soit 87,3 % de l'ensemble des incidents et accidents rapportés), il s'agit de :

- Médicament (N=6 728 soit 40,0 %);
- Chute (N=2 718 soit 16,2 %);
- Laboratoires (N=1 221 soit 7,3 %).

#### Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place

Le comité de gestion des risques n'a pas émis de recommandation au cours de l'année 2017-2018.

Il s'est assuré du suivi lié à des risques documentés ou à des préoccupations en matière de sécurité. Voici les principaux dossiers étudiés au cours de l'année :

- la gestion des risques portant sur les réfrigérateurs et congélateurs domestiques et de grade médical;
- la gestion des avis-alertes-rappels;

- l'optimisation du processus de gestion des corps;
- les documents à portée organisationnelle autres que les politiques-procédures-règlements;
- le plan d'action du groupe d'experts en prévention des chutes;
- le plan d'action du comité sur la sécurité des médicaments;
- la sécurisation de l'accès physique de salles critiques-sensibles par des consultants externes;
- la gestion des changements à la liste de garde médicale;
- le plan de gestion intégrée des risques du projet WinVision;
- le plan d'action visant la réduction de la fréquence et de la gravité des blessures d'origines connues.

Au cours de l'année 2017-2018, les membres du comité de gestion des risques ont tenu quatre rencontres régulières; tant les événements sentinelles que les situations à risque ont fait l'objet de discussions et des suivis requis.

Au chapitre des faits saillants, notons :

- quatre rencontres du comité des événements sentinelles;
- la tenue du *Mois Promotion Qualité*;
- les rencontres du groupe d'experts sur la prévention des chutes, du comité pour la sécurité des soins intensifs adultes, le comité portant sur la sécurité des médicaments;
- l'amélioration du rapport trimestriel portant sur la sécurité des usagers (meilleure réponse aux besoins et attentes, diffusion plus large);
- la rédaction, puis l'adoption de plusieurs politiques et procédures liées à la gestion des risques, dont celle portant sur la gestion intégrée des risques;
- la révision du plan de sécurité institutionnel, exercice important qui s'étale sur près de 18 mois.

Finalement, les membres du comité de gestion des risques ont pris connaissance de plusieurs rapports annuels en matière de gestion des risques (sécurité informationnelle, transfusionnelle, civile-physique, prévention des infections, sécurité des soins-services, etc.) en plus de participer à de nombreuses consultations liées à la révision ou à la rédaction de politiques et procédures sous la responsabilité du Module qualité, sécurité et gestion des risques.

### Composition du comité :

Mme Élisabeth Bourassa, représentante du conseil d'administration – présidente;  
M. Marc-André Gélinas, représentant du service de prévention et de promotion de la santé et de la sécurité du travail à la direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation – vice-président;  
Mme Michèle Ricard, adjointe au directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles – gestionnaire de risques et secrétaire;  
Mme Fanny Beaulieu, responsable au programme de prévention et de contrôle des infections;  
M. Francis Bélanger, représentant du service de génie biomédical;  
M. Martin Bolduc, remplacé par M. Sylvain Dussault, remplacé par Mme Caroline Bouchard, représentants de la direction de la logistique – approvisionnement et contrats;  
Mme Marlène Chevanel, partenaire de l'établissement;  
M. Mario Chrétien, officier de radioprotection;  
M. Charles Demers-Tremblay, substitut au responsable de la sécurité des actifs informationnels;  
Mme Isabel Desmarais, remplacée par M. Martin Darveau, représentants du département de pharmacie;  
Mme Stéphanie Drouin, représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle;  
Mme Josée Grégoire, représentante de la direction médicale des services hospitaliers;  
Mme Lucie Grenier, représentante de la présidente-directrice générale;  
M. Éric Hufty, représentant du comité des usagers;  
Mme Caroline Imbeau, directrice générale adjointe, soutien et administration, directrice de la logistique;  
M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles;  
Mme Martine Lachance, directrice clientèle en médecine;  
M. Denis Lavoie, répondant en sécurité civile pour la Direction des services techniques;

Mme Esther Léonard, chef du service des bénévoles;  
 Mme Jocelyne Lévesque, représentante du conseil multidisciplinaire;  
 Mme Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers;  
 Mme Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires;  
 D<sup>re</sup> Renée Morin, représentante du comité des usagers;  
 Mme Brigitte Robichaud, représentante du conseil des infirmières et infirmiers;  
 Dre Marie-Ève Samson, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;  
 Dre Hélène Senay, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;  
 Dr Carl Taillon, représentant (médecin) de la direction des services professionnels.

### Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Dans ce rapport, nous vous présentons les résultats de deux mesures de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se sont tenues sur toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval. Ces mesures se sont déroulées le 22 novembre 2017 et le 28 février 2018.

Le taux de prévalence est le nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle a été appliquée pendant une période de 24 heures divisée par le nombre total d'usagers hospitalisés.

Pour l'ensemble du CHU, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle s'est établi à 2,84 % et à 2,95 %.

Ainsi, pour l'année 2017-2018, on constate une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. Voici comment les taux de prévalence s'établissent par hôpital :

Date	2016-2017		2017-2018	
	Novembre	Février	Novembre	Février
Site	2016	2017	2017	2018
HEJ	8,93 %	10,03 %	6,83 %	4,50 %
HSS	3,91 %	3,00 %	3,19 %	2,40 %
CHUL	0,99 %	1,01 %	1,01 %	1,81 %
HSFA	3,29 %	2,16 %	2,16 %	2,89 %
L'HDQ	1,86 %	1,62 %	0,75 %	1,59 %
CHU de Québec	4,48 %	4,02 %	2,84 %	2,95 %

Au cours de l'année 2017-2018, nous avons poursuivi le déploiement du règlement sur le protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, qui a été adopté au Conseil d'administration le 6 février 2017. Différentes activités de consolidation ont été mises en place, dont un soutien de proximité auprès des équipes de soins. À la suite des audits sur le processus décisionnel, nous avons dirigé nos interventions sur la documentation et la réévaluation de la décision d'application.

La sensibilisation des professionnels face à l'utilisation des mesures de remplacement aux mesures de contrôle s'est poursuivie entre autres par des formations sur l'approche adaptée à la personne âgée ainsi que par la formation OMÉGA. De plus, la nouvelle stratégie de prévention des chutes a été déployée dans les urgences et les unités d'hospitalisation.

En terminant, pour l'année 2018-2019, nous allons poursuivre nos activités de consolidation sur le protocole d'application des mesures de contrôle, principalement sur la documentation et la collaboration interdisciplinaire. Deux mesures de prévalence et des audits auront également lieu.

## Les mesures mises en place par l'établissement ou son Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises durant l'année, soit les 7 juin, 11 septembre et 13 novembre 2017 et le 5 mars 2018.

Une recommandation a été adressée au comité de vigilance; elle concernait l'information à donner aux usagers au sujet des frais reliés au choix d'une chambre. Des mesures ont été mises en place au niveau de toutes les directions, afin d'améliorer l'information. De plus, le comité a fait le suivi des 11 recommandations adressées par le Protecteur du citoyen et des 13 recommandations émises par la commissaire aux plaintes ainsi que des mesures correctives qui ont été mises en application. Le détail de ces recommandations est présenté dans le tableau ci-dessous.

### Membres du comité :

Mme Suzanne Petit, présidente  
 M. Louis-Denis Fortin, vice-président  
 Mme Marielle Philibert  
 Mme Gertrude Bourdon  
 Mme Angèle Dubé

Au cours de la dernière année, l'établissement a reçu les recommandations formulées par les instances suivantes et résumées ci-dessous:

### Commissaire aux plaintes – recommandations adressées à l'établissement

Recommandations	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
3	Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesures visant à référer les usagers aux services des admissions ou au service de perception concernant les questions reliés à la facturation.</li> <li>Formation en ligne suivi par le personnel afin de bien connaître les principes de facturation des frais de chambres.</li> <li>Installation de terminaux de point de vente pour assurer la traçabilité des transactions.</li> </ul>
4	Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à disposition de bureau fermé pour les consultations.</li> <li>Mesures visant à assurer la confidentialité en tout temps dans les postes des infirmières.</li> <li>Procédure d'attribution des rendez-vous afin de respecter la confidentialité des données médicales.</li> </ul>
3	Intimité des lieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les caméras ont été enlevées et l'organisation du travail a été modifiée, afin d'assurer la sécurité des usagers.</li> </ul>
2	Application des procédures de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des mesures d'évaluation des compétences et de suivi ont été réalisées et des objectifs ont été donnés, en concordance avec les meilleures pratiques de soins.</li> </ul>
1	Organisation du milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une procédure a été établie en respectant les règles reliées à la conservation des médicaments sous ordonnances des usagers.</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		
<b>13</b>		

**Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement**

Le Protecteur du citoyen a adressé des recommandations dans six dossiers traités en deuxième instance. Les recommandations concernent la facturation des frais de chambre, l'attitude des membres du personnel et la qualité des soins et des services. La liste des recommandations ainsi que les mesures mises en place sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Recommandations	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
8	Facturation des frais de chambre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annulation de factures.</li> <li>• Mettre en évidence le prix pour une journée d'hospitalisation.</li> <li>• Le formulaire de modalités financières a été amélioré.</li> <li>• Ajustement de factures.</li> <li>• Une note de service a été envoyée à tout le personnel du service des admissions pour rappeler l'obligation de bien informer les usagers sur les frais encourus lors du choix d'une chambre semi-privée ou privée.</li> </ul>
2	Attitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une rencontre a été tenue afin de clarifier certains aspects de l'offre de services et rappeler les responsabilités de chacun.</li> <li>• Une nouvelle procédure d'intervention concernant les balises de fréquentation des lieux physiques, prenant fondement sur la mission et les valeurs du CHU et sur son code d'éthique, a été transmise aux agents de la sécurité physique de l'établissement.</li> </ul>
1	Qualité des soins et des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel des consignes de gestion des listes d'attente aux consultations externes.</li> </ul>
<b>TOTAL</b>		
11		

**Coroner – recommandations adressées à l'établissement**

Deux recommandations du coroner ont été adressées au CHU de Québec-Université Laval.

Dans la première recommandation, le coroner recommande que le dossier médical soit acheminé au médecin-chef de l'urgence du CHUL afin de statuer avec ses confrères sur une conduite commune face à une telle situation, soit le transfert d'un patient non intubé sous Versed et Fentanyl en perfusion. Suivant l'analyse approfondie du dossier par le chef du département de l'urgence, par le chef du service de l'urgence du CHUL et de l'équipe médicale, aucune mesure corrective n'a été mise en place puisque l'usager n'était pas sous Versed ni Fentanyl avant son transfert. Le rapport du coroner a tout de même été transmis au comité des événements sentinelles de l'établissement à des fins préventives et formatives.

La seconde recommandation invite le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Saint-François d'Assise à revoir le dossier médical. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que l'équipe médicale du département d'urgence ont procédé à la révision du dossier d'un homme dont le décès est survenu dans une fenêtre temporelle réduite depuis sa libération de l'urgence afin de prendre les mesures appropriées.

**Autres recommandations adressées à l'établissement**

Il n'y a eu aucune autre recommandation adressée à l'établissement de la part d'autres instances au cours de la dernière année.

**Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018**

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT POUR LE CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL ENTRE LE 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018					
	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS
Nombre de mises sous garde préventives	34	( )	7	43	8
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	34	( )	7	43	8
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	21	( )	( )	20	( )
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	8	( )	0	( )	( )
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	8	( )	0	( )	( )
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	( )	( )	0	( )	( )
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	( )	( )	0	( )	( )
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	( )	( )	0	( )	( )
Nombre d'usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)	35	( )	7	43	8

( ) Nombre trop petit pour en permettre la publication

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

Au cours de l'exercice 2017-2018, 1380 dossiers ont été ouverts au Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Par rapport à l'année dernière, nous avons reçu 437 plaintes générales, ce qui représente une diminution de 3 %, et 104 plaintes médicales, ce qui représente une augmentation de 17 %. De plus, 91 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.

En ce qui concerne le pourcentage de répartition des motifs de plaintes générales, les motifs les plus fréquents concernent les soins et les services (25 %) et les relations interpersonnelles (25 %), suivis par l'accessibilité (24 %), l'aspect financier (15 %) et l'organisation du milieu (7 %). Par ailleurs, 13 recommandations ont été émises par la commissaire en cours d'année. Toutes ont obtenu un suivi sous la forme d'une démarche d'amélioration ou d'un plan d'action. De plus, 45 % des motifs de plainte traités ont entraîné des mesures correctives.

Durant l'année 2017-2018, 24 dossiers ont été acheminés au Protecteur du citoyen, ce qui représente 5,5 % des plaintes.

Pour les autres formes de demandes reçues par la commissaire, on peut remarquer une diminution des interventions de 9 %, une augmentation des consultations de 29 % et une augmentation des demandes d'assistance de 18 %.

Dossiers	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Écart
Plaintes générales	450	449	437	↓ 3 %
Plaintes médicales	92	89	104	↑ 17 %
Demandes d'assistance	447	299	352	↑ 18 %
Interventions	249	443	403	↓ 9 %
Consultations	37	65	84	↑ 29 %
Nombre total de dossiers traités	1 275	1 345	1 380	↑ 3 %

Les activités de promotion du code d'éthique se sont poursuivies dans plusieurs secteurs au cours de la dernière année et la commissaire a également participé à différents comités internes et externes visant l'amélioration de la qualité des services.

### Conclusions

Les résultats énoncés dans le rapport témoignent d'une implication continue de toutes les directions pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est présenté annuellement au conseil d'administration de l'établissement. Il est également disponible sur le site Internet au [www.chudequebec.ca](http://www.chudequebec.ca) ou sur demande, en s'adressant à la Direction générale ou au Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

## Application de la politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement  
et à la Commission sur les soins de fin de vie  
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)  
CHU de Québec-Université Laval  
DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 9 DÉCEMBRE 2017

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (selon la source codification Med-Echo : diagnostic principal ou secondaire de soins palliatifs)	<b>2 610</b>
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	<b>69</b>
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	<b>100</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	<b>71</b>
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	<b>29</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrait de la demande : 6</li> <li>• Ne répond pas aux critères : 7</li> <li>• Décès avant l'AMM : 14</li> <li>• Demande en cours d'évaluation : 2</li> </ul>	

## Les ressources humaines – gestion et contrôle des effectifs au 31 mars 2018

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

11045051 – CHU de Québec		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures suppl.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
11045051 – CHU de Québec 1 - Personnel d'encadrement	2014-15	812 812	1 132	813 943	444	495
	2015-16	785 698	535	786 233	430	487
	2016-17	736 906	186	737 092	403	464
	2017-18	725 880	318	726 197	397	450
	Variation	(10,7 %)	(71,9 %)	(10,8 %)	(10,6 %)	(9,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 495 963	7 924	1 503 887	811	1 071
	2015-16	1 431 204	8 171	1 439 375	774	1 076
	2016-17	1 261 160	7 196	1 268 356	679	909
	2017-18	1 328 572	6 553	1 335 125	716	943
	Variation	(11,2 %)	(17,3 %)	(11,2 %)	(11,6 %)	(12,0 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	7 252 349	195 665	7 448 014	3 817	5 048
	2015-16	6 951 457	167 043	7 118 500	3 658	4 999
	2016-17	6 391 051	155 535	6 546 586	3 363	4 377
	2017-18	6 395 246	185 078	6 580 324	3 367	4 369
	Variation	(11,8 %)	(5,4 %)	(11,6 %)	(11,8 %)	(13,5 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 254 738	125 182	8 379 920	4 557	6 093
	2015-16	8 049 886	106 091	8 155 977	4 444	6 007
	2016-17	7 704 744	101 040	7 805 784	4 254	5 640
	2017-18	7 846 438	122 133	7 968 571	4 331	5 732
	Variation	(4,9 %)	(2,4 %)	(4,9 %)	(5,0 %)	(5,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 719 524	14 067	1 733 592	872	1 285
	2015-16	1 682 468	16 229	1 698 697	853	1 272
	2016-17	1 641 682	22 541	1 664 223	832	1 207
	2017-18	1 632 257	30 182	1 662 439	828	1 227
	Variation	(5,1 %)	114,6 %	(4,1 %)	(5,1 %)	(4,5 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	24 409	32	24 440	14	75
	2015-16	20 793	76	20 869	11	62
	2016-17	21 095	32	21 127	12	60
	2017-18	18 391	17	18 408	10	53
	Variation	(24,7 %)	(46,3 %)	(24,7 %)	(25,4 %)	(29,3 %)
Total du personnel pour 11045051 – CHU de Québec	2014-15	19 559 794	344 002	19 903 796	10 515	13 792
	2015-16	18 921 506	298 145	19 219 651	10 170	13 661
	2016-17	17 756 637	286 530	18 043 168	9 543	12 458
	2017-18	17 946 784	344 281	18 291 064	9 649	12 504
	Variation	(8,2 %)	0,1 %	(8,1 %)	(8,2 %)	(9,3 %)

La cible fixée pour l'ensemble des organismes est de réduire de 1 % les heures rémunérées par rapport au nombre total d'heures effectuées en 2014-2015. En fonction de cette cible, le CHU de Québec-Université Laval atteint sa cible avec une réduction globale de 8,1% du total d'heures rémunérées.

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

## Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2018

Au 31 mars 2018		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	IUCPQ	CISSS-CA	CISSS des îles	Santé communautaire	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	304	183	99	247	77	7	0	0	24	941	1047
	Associés	30	6	13	37	8	0	1	1	1	97	
	Conseils	5	0	1	3	0	0	0	0	0	9	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	34	16	53	23	32	0	0	0	15	173	266
	Associés	29	3	28	15	12	0	0	0	1	88	
	Conseils	0	0	4	0	0	0	0	0	1	5	
PHARMACIENS	Actifs	38	34	34	33	23	0	0	0	0	162	167
	Associés	2	0	0	0	2	0	0	0	0	4	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	2	3	0	0	0	0	0	0	0	5	13
	Associés	1	0	3	2	0	0	0	0	0	6	
	Conseils	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	

## Les ressources financières

### Utilisation des ressources budgétaires et financières

Voir tableau page suivante.

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

*Exercice terminé le 31 mars - Non auditée*

**2018**

**2017**

### FONDS D'EXPLOITATION-ACTIVITÉS PRINCIPALES

Santé publique	589 630 \$	0,06 %	645 651 \$	0,07 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	1 537 125	0,15	696 333	0,07
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3 548 288	0,34	6 671 949	0,68
Déficiences physiques	58 919	0,01	54 337	0,01
Santé mentale	1 295 522	0,13	1 519 669	0,16
Santé physique	796 657 640	77,72	747 650 796	76,57
Administration	68 932 226	6,73	67 033 991	6,87
Soutien aux services	72 034 710	7,03	72 101 666	7,37
Gestion des bâtiments et des équipements	80 339 854	7,83	80 025 798	8,20
<b>TOTAL</b>	<b>1 024 993 914</b>	<b>\$ 100 %</b>	<b>976 400 190</b>	<b>\$ 100 %</b>

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.

## L'équilibre budgétaire

Le CHU de Québec présente, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2018, un déficit global de 3 200 669 \$ composé d'un surplus de 582 279 \$ du fonds d'exploitation et d'un déficit de 3 782 948 \$ du fonds d'immobilisations.

L'établissement ne s'est pas conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit. Toutefois, le déficit en provenance du fonds d'immobilisations étant compensé par les surplus accumulés des antérieures, l'établissement n'a pas à prendre de mesures particulières pour corriger la situation déficitaire.

## Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique	1	40 000 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	6	2 804 762 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>7</b>	<b>2 844 762 \$</b>

## ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
R	PR	NR				
1	2	3	4	5	6	7
<b>Signification des codes :</b>						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve			R : Pour réglé			
O : pour observation			PR : pour partiellement réglé			
C : pour commentaire			NR : pour non réglé			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'utilisateur » n'est pas conforme aux définitions du MGF pour les centres d'activités suivants : 6332-6352-6564-6565-7090-7553. Il n'est pas possible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site étant donné la non-intégration des systèmes de compilation.	2012-13	C	Avec le transfert d'activités au CIUSSS de la Capitale Nationale, pour le CA 6332, il n'y a plus le problème de l'utilisateur unique puisque tout se retrouve dans un seul code budgétaire. Pour les 5 autres secteurs (6352, 6564-6565-7090-7553) nous allons faire la preuve en 18-19 que les usagers sont uniques.		PR	
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie) n'est pas conforme aux définitions du MGF puisque les examens et procédures sont seulement compilés au moment de la signature électronique des médecins qui n'est pas nécessairement la même que la date des examens et procédures tel que prescrit au MGF.	2012-13	C	Tous les établissements du réseau qui utilisent le système Médirad compilent de cette façon. Le rapport de compilation du fournisseur du système utilise la date de signature puisqu'il y a un lien avec la facturation du médecin.			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats</b>						
Non applicable pour 2016-2017.						

<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Les mises à jour des profils d'utilisateurs et des menus du système ne sont pas limitées au personnel affecté à la sécurité des TI. Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences de la mesure 5.7.3 du Cadre global de gestion.	2015-16	C	<p>La gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux fonctions de l'ensemble GRF/GRM s'effectue conformément à la politique de gestion des accès adoptée par le CHU de Québec-Université Laval.</p> <p>Les pilotes de systèmes exécutent les tâches associées à la gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux fonctions de l'ensemble GRF/GRM.</p> <p>Lors du comité de vérification du 14 juin 2017, suite aux précisions apportées par la direction sur les avantages d'une décentralisation de la gestion des accès et des profils d'utilisateurs pour les systèmes d'information (GRF / GRM), et considérant l'expertise des pilotes de ces systèmes, les membres du comité de vérification ont accepté verbalement le niveau de risque associé à cette observation.</p>		PR	
Le compte de revenus 80699 5624 est un compte qui reçoit des subventions de l'Université Laval. Ces montants sont par la suite transférés au fonds d'immobilisation une fois qu'un nouveau projet capitalisable en lien avec les fonds survient ou à chaque achat d'immobilisation qui correspond également aux conditions de la subvention. Ce compte pourrait être transféré en entier dans le fonds d'immobilisation, car le but unique	2016-17	C	<p>La situation a été régularisée en 2017-2018. Les revenus sont transférés au fonds d'immobilisations en entier tel que décrit dans le commentaire.</p>		R	

du compte est l'achat d'immobilisation. Le solde de ce compte au 31 mars 2017 est de 532 119 \$ (824 490 \$ au 31 mars 2016).						
La période d'amortissement pour le développement informatique pour l'établissement était de 5 ans alors que selon le MGF, la période indiquée était plutôt de 10 ans. La situation a été corrigée pour les années à venir, toutefois le solde actuel d'amortissement cumulé est surévalué et celui pour le solde de fonds est sous-évalué. L'écart sur l'amortissement cumulé de début a été estimé à environ 1 600 000 \$.	2016-17	C	Depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2017 tous les nouveaux projets en développement informatique sont amortis sur 10 ans. Par contre, la situation n'a pas été corrigée rétroactivement pour les projets des années antérieures. Le solde d'amortissement cumulé est surévalué de 967 948 \$ au 31/03/2018.		PR	

## Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

### Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- 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 administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

#### 2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 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 administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

#### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

- *Code* : code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- *Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.
- *Conseil* : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

- *Conflit d'intérêts* : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- *Conjoint* : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).
- *Entreprise* : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.
- *Famille immédiate* : aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.
- *Faute grave* : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.
- *Intérêt* : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
- *LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*
- *LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*
- *Membre* : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.
- *Personne indépendante* : tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.
- *Personne raisonnable* : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances <sup>4</sup>.
- *Renseignements confidentiels* : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservées 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 ou 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.

---

<sup>4</sup> BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS, *Raisonnement 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, 2003, p. 51.

#### 4. Champ d'application

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

#### 5. Disposition finale

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

#### 6. Diffusion

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

### Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

#### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur, 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 d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

## 8. Règles de déontologie

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

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

### 8.1 Disponibilité et compétence

Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.

Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.

Favoriser l'entraide.

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.

### 8.2 Respect et loyauté

Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.

Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.

Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

### 8.3 Impartialité

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

Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

## **8.4** **Transparence**

Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

## **8.5** **Discrétion et confidentialité**

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

## **8.6** **Considérations politiques**

Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

## **8.7** ***Relations publiques***

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

## **8.8** ***Charge publique***

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

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

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

### **8.10 Avantages et cadeaux**

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

### **8.11 Interventions inappropriées**

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

## **Section 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS**

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

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

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

- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

- Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

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

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent 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.

15. 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 - APPLICATION

##### **16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs**

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 administrateurs 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 (60) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

##### **17. Comité de gouvernance et d'éthique**

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

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

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

## **18. Comité d'examen *ad hoc***

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

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

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

- 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;
- déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

## **19. Processus disciplinaire**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **20. Notion d'indépendance**

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

## **21. Obligations en fin du mandat**

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur du conseil d'administration.

- 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.

## Les installations du CHU de Québec-Université Laval

### SIÈGE SOCIAL :

L'Hôtel-Dieu de Québec  
11, côte du Palais  
Québec (Québec) G1R 2J6  
418 525-4444

### Hôpital de l'Enfant-Jésus

1401, 18<sup>e</sup> Rue  
Québec (Québec) G1J 1Z4  
418 525-4444

### CHUL

2705, boulevard Laurier  
Québec (Québec) G1V 4G2  
418 525-4444

### Hôpital du Saint-Sacrement

1050, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1S 4L8  
418 525-4444

### Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay  
Québec (Québec) G1L 3L5  
418 525-4444

### Centre administratif

775, rue Saint-Viateur, local 101  
Québec (Québec) G2L 2Z3  
418 525-4444

Rédaction, coordination et production : Direction adjointe des communications

### Merci!

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la réalisation de ce rapport annuel.

Ce rapport est disponible sur le site Internet du CHU au [chudequebec.qc.ca](http://chudequebec.qc.ca) ou en faisant la demande à la Direction adjointe des communications au 418 525-4387 ou à [direction.communications@chudequebec.ca](mailto:direction.communications@chudequebec.ca).

Le masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec 2017

Bibliothèque nationale du Canada 2017

ISSN : 2291-8043

Par souci écologique, ce rapport annuel est publié en version électronique seulement.

Le CHU de Québec-Université Laval agit pour protéger l'environnement.

