

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020



TABLE DES MATIÈRES

Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général	1
Déclaration de fiabilité de l'établissement	3
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil	4
Statistiques opérationnelles	5
Nos orientations stratégiques	7
Les programmes et les services offerts	8
L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval	11
La recherche au CHU de Québec-Université Laval	14
L'évaluation: Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	16
Don d'organes et de tissus humains	17
Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale	18
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec	19
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval	20
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	21
Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval	22
Faits saillants de l'année	42
Prix et distinctions	58
Principaux projets de développement immobilier au CHU	61
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	64
Chapitre III – Attentes spécifiques	64
Chapitre IV – Engagements annuels	65
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services	76
Comité de gestion des risques	76
L'agrément	78
La sécurité et la qualité des soins et des services	78
Les mesures mises en place par l'établissement ou par son comité de vigilance et de la qualité	82
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU	84
L'examen des plaintes et promotion des droits	85
Application de la politique concernant les soins de fin de vie	86
Les ressources humaines	87
Répartition de l'effectif par catégorie de personnel	87
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2020	88
Les ressources financières	89
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-services	89
Rapport de la direction	90
L'équilibre budgétaire	91
Les contrats de service	91
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	92
La divulgation des actes répréhensibles	94
Annexe 1: Les comités du conseil d'administration	95
Annexe 2: Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	103

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



M. Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

C'est avec fierté que nous vous présentons les réalisations du CHU de Québec-Université Laval pour l'année 2019-2020. Il s'agit d'une année de transition importante sous la direction du nouveau président-directeur général, entré en fonction deux mois auparavant.

Le conseil d'administration et le comité de direction avaient alors décidé de se concentrer sur quatre grandes priorités en lien direct avec les quatre grandes valeurs du CHU, soit l'humanisme, l'excellence, l'innovation et la collaboration. Ces quatre priorités étaient l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'accès aux soins pour les patients, la mise en place de meilleures pratiques au quotidien ainsi que la réalisation de la plateforme clinico-logistique et du Centre intégré de cancérologie du nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Les équipes de notre grande organisation ont accumulé l'an dernier une somme impressionnante de réalisations, comme vous le constaterez à la lecture de ce rapport, puisqu'elles sont motivées à toujours mieux desservir notre population. Cependant, nous avons aussi constaté que les objectifs que nous nous étions fixés pour l'année 2019-2020 étaient ambitieux. Parmi les 57 projets liés à nos priorités organisationnelles, près d'une cinquantaine était toujours en cours à la fin de l'année. De surcroît, la préparation à la pandémie et son arrivée nous ont obligés à mettre sur pause plusieurs de nos projets.

Nous avons donc convenu qu'une partie de l'année 2020-2021 s'inscrit dans la continuité de celle qui s'achève. Nos priorités vont s'articuler autour des mêmes quatre grands thèmes jusqu'à leur renouvellement à l'automne 2020.

Un des faits marquants de l'année est sans doute le rapport que nous avons reçu d'Agrément Canada, à la suite de la visite effectuée dans nos hôpitaux en septembre dernier pour les phases 1 et 2 du cycle d'agrément 2018-2023. Nous avons alors obtenu un taux global de conformité de 96,6 %. Nous sommes particulièrement heureux que l'excellent travail de nos équipes soit souligné de manière aussi éclatante. En effet, les équipes de visiteurs d'Agrément Canada se rendent dans plus de 1500 établissements de santé au Canada et dans le monde

chaque année : ils peuvent établir beaucoup de comparaisons ! Nous avons également complété le processus de visite des 13 laboratoires de la grappe Optilab sous notre responsabilité et avons terminé la rédaction des plans d'action pour résoudre certaines non-conformités. Nous sommes donc bien alignés sur notre vision d'être une référence internationale pour nos pratiques cliniques, académiques et de gestion.

Voici un bref aperçu de nos autres faits marquants de l'année. Une liste plus complète est présentée dans la section des faits saillants de ce rapport.

Priorité 1: Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail a été identifiée comme la priorité numéro un au CHU. Parmi les moyens employés pour atteindre cet ambitieux objectif, le plus important est sans contredit En mode solutions, qui touche une très grande proportion des employés du CHU (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires). Cette grande démarche de consultation a permis de recueillir plus de 300 idées originales pour améliorer la qualité de vie de centaines de personnes. Parmi ces idées, mentionnons la mise en place d'un réseau d'accueil ou encore la planification à plus long terme des horaires, qui faciliteront d'une part l'intégration des nouveaux employés et, d'autre part, la conciliation travail-vie personnelle. Cette démarche percolera dans nos autres secteurs au grand plaisir de nos employés.

Priorité 2: Accès aux soins et aux services

Le plus grand de nos projets visant à améliorer l'accès aux soins et aux services est le *Chantier accès*, lequel se divise en trois volets : le centre de répartition des demandes de service, la mise en place de centres de rendez-vous par spécialité médicale et la gestion unifiée des rendez-vous en imagerie médicale. Le centre de répartition des demandes de service est fonctionnel depuis l'automne 2019, tandis que les autres parties du projet progressent rapidement.

Dans le domaine de l'accès aux soins et aux services, les autres projets qui nous occupent plus particulièrement sont celui touchant les patients exigeant un niveau de soins alternatifs et celui sur la réduction du nombre de patients à l'urgence qui y séjournent plus de 24 heures sur civière.

En parallèle, divers projets ont été réalisés et ont permis d'améliorer concrètement l'accès aux soins et aux services pour nos usagers : ouverture de nouvelles unités pour mieux accueillir nos patients, réaménagement d'espaces afin d'augmenter notre efficacité, ajout de plages horaires pour certains rendez-vous et ouverture d'une nouvelle hôtellerie plus spacieuse et mieux adaptée. Et que dire du nouveau traitement qui est offert pour lutter contre le cancer et des importantes avancées que nos équipes de recherche ont faites !

Priorité 3 : Meilleures pratiques au quotidien

Notre priorité 3 englobe des projets de natures diverses, allant du domaine de la prévention et du contrôle des infections à la gestion budgétaire en passant par le financement du parcours de soins, la pertinence clinique et l'approche adaptée à la personne âgée aux urgences.

Le contexte budgétaire nous oblige à faire preuve de créativité et à saisir toutes les occasions de mieux faire avec les ressources qui nous sont allouées. De même, nous visons à gérer notre portefeuille de projets de manière plus intégrée, selon une vision plus globale du CHU, et à mieux définir nos priorités.

Bien que dans tous ces domaines, les efforts aient été nombreux et constants, le travail n'est pas terminé et doit se poursuivre au cours des prochains mois.

Priorité 4 : Nouveau complexe hospitalier – volets plateforme clinico-logistique et centre intégré de cancérologie

Le chantier du nouveau complexe hospitalier est d'une ampleur incomparable, autant par sa taille physique que par sa complexité. Deux des premières composantes du projet seront bientôt fonctionnelles, soit le centre intégré de cancérologie et la plateforme clinico-logistique. Le premier regroupera sous un même toit tous les soins et les services pour les patients suivis

en oncologie, et sa proximité physique avec le centre de recherche a été pensée afin de favoriser la collaboration entre cliniciens et chercheurs tout en suscitant le développement de la recherche clinique et l'innovation. Pour sa part, la plateforme clinico-logistique accueillera trois grands services transversaux afin de les rendre plus efficaces, soit une partie importante des services alimentaires, la pharmacie ainsi que la reprographie.

Ainsi, nos équipes se sont notamment concentrées sur les nombreux travaux de transformation préalables à l'ouverture du centre intégré de cancérologie, sur les plans de transition, sur l'organisation des services des départements médicaux ainsi que sur l'acquisition des équipements nécessaires au bon fonctionnement du centre intégré de cancérologie et de la plateforme clinico-logistique.

Toutes ces réalisations ne donnent qu'un bref aperçu des grandes choses qui sont accomplies chaque jour par les équipes du CHU. Tel qu'Agrément Canada l'a souligné dans son rapport, les valeurs d'excellence et d'innovation du CHU sont très bien portées par chacun des intervenants, alors que les soins sont véritablement centrés sur le patient et ses proches. Le dévouement, la générosité, le professionnalisme et l'adhésion aux valeurs du CHU – humanisme, collaboration, excellence, innovation – transparaissent dans chacun des gestes des personnes qui œuvrent au CHU, et ce, dans tous les corps d'emploi. Infirmières, préposés, médecins, chercheurs, professionnels de la santé, gens de métier, employés administratifs, résidents et étudiants, gestionnaires et bénévoles sont fiers de donner le meilleur d'eux-mêmes chaque jour et de mettre le patient au premier rang de leurs préoccupations. Pour toutes ces raisons, nous tenons à les remercier chaleureusement.

Nous souhaitons également remercier tous nos administrateurs pour leur engagement personnel sans faille à la gouvernance de notre grande organisation.

Enfin, nous voulons aussi remercier nos partenaires, et plus particulièrement la Fondation du CHU de Québec, qui ont à cœur le bien-être de la population autant que l'avancement des soins et de la recherche, et qui collaborent quotidiennement avec nous dans le respect de nos valeurs et de notre mission.

Original signé par :

Le président
du conseil d'administration
Gaston Bédard

Le président-directeur
général
Martin Beaumont

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019-2020 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 2020.

Original signé par :

Le président-directeur général

Martin Beaumont

LE CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL EN UN COUP D'ŒIL

LE PLUS GRAND
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE (CHU)
DU QUÉBEC

UN DES
PLUS GRANDS
CENTRES
HOSPITALIERS
AU CANADA

NOTRE MISSION

SOINS ET SERVICES

ENSEIGNEMENT

RECHERCHE

ÉVALUATION

SOINS ET SERVICES 5 HÔPITAUX



CHUL

Centre hospitalier
de l'Université
Laval

HEJ

Hôpital de
l'Enfant-Jésus

HSS

Hôpital du
Saint-Sacrement

HSFA

Hôpital
Saint-François
d'Assise

L'HDQ

L'Hôtel-Dieu
de Québec



1 260 LITS
DRESSÉS



40 000 ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX
SPÉCIALISÉS, DONT LA
VALEUR S'ÉLÈVE À 230 M \$



Territoire desservi
L'EST DU QUÉBEC
ET LE NORD-OUEST DU
NOUVEAU-BRUNSWICK



Clientèle potentielle
PRÈS DE
2 MILLIONS

ENSEIGNEMENT

217 260 JOURS
DE STAGE

L'équivalent d'une école
de près de 850 personnes
à temps plein

RECHERCHE

110,4 M \$ FINANCEMENT
TOTAL

Plus important centre francophone
en santé en Amérique du Nord

Cote « EXCEPTIONNEL » du Fonds
de recherche du Québec - Santé

ÉVALUATION

14 NOUVELLES
ÉVALUATIONS

Plus de 125 rapports
depuis 2006



RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES



11 893

employés

337

chercheurs réguliers et associés
au Centre de recherche du CHU¹

1 475

médecins, dentistes
et pharmaciens

190

chercheurs affiliés
et honoraires¹

1 434

employés du Centre
de recherche du CHU¹

350

bénévoles

1 001

étudiants aux cycles supérieurs
et stagiaires postdoctoraux¹

¹ Données au 31 mars 2019. Les données au 31 mars 2020 seront validées au cours de l'automne 2020. Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2018-2019*.

STATISTIQUES OPÉRATIONNELLES

CHAQUE JOUR AU CHU DE QUÉBEC



1 147
PERSONNES
HOSPITALISÉES

62
DONT
EN PÉDIATRIE

178
ADMISSIONS

20
ACCOUCHEMENTS



54 NOUVEAUX NÉS
HOSPITALISÉS
POUR DES SOINS
SPÉCIALISÉS

646 VISITES DANS
NOS URGENCES

157
DONT
PAR AMBULANCE ET
83
HOSPITALISATIONS

3 129 921 \$
BUDGET D'OPÉRATION

237 PATIENTS
DANS NOS BLOCS
OPÉRATOIRES

141
DONT
EN CHIRURGIE D'UN JOUR

206
NOUVELLES REQUÊTES POUR
DES CHIRURGIES ÉLECTIVES

2 121
VISITES DANS NOS
CLINIQUES EXTERNES
SPÉCIALISÉES

1 779
ADULTES

343
ENFANTS

314
TRAITEMENTS
EN HÉMODIALYSE
SOUS TOUTES SES FORMES

13
MISES EN
TRAITEMENT EN
RADIO-ONCOLOGIE

445
PATIENTS EN
MÉDECINE ET
HÔPITAL DE JOUR



259
EXAMENS EN
ENDOSCOPIE



1 779
ADULTES

343
ENFANTS

156
TRAITEMENTS EN
HÉMATO-ONCOLOGIE

2 596
EXAMENS
D'IMAGERIE
MÉDICALE

1 117
RETRAITEMENTS
D'INSTRUMENTS
MÉDICAUX

59 301
PROCÉDURES
DE LABORATOIRE

9 399
ORDONNANCES
DE MÉDICAMENTS



8 747
REPAS SERVIS



UNE ANNÉE AU CHU DE QUÉBEC

HOSPITALISATIONS

2019-2020	2018-2019
419 743	426 383
JOURS PRÉSENCE, DONT	
22 560	23 093
JOURS PRÉSENCE EN PÉDIATRIE	

ADMISSIONS

2019-2020	2018-2019
65 314	66 490

ACCOUCHEMENTS

2019-2020	2018-2019
7 453	7 434

SOINS EN NÉONATOLOGIE

2019-2020	2018-2019
19 634	19 289
JOURS PRÉSENCE	

URGENCES

2019-2020	2018-2019
236 435	236 612
VISITES	
30 290	31 660
ADMISSIONS	

CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES

2019-2020	2018-2019
528 189	541 849
VISITES, DONT	
442 866	450 163
VISITES ADULTES, ET	
85 323	91 686
VISITES ENFANTS	

MÉDECINE ET HÔPITAL DE JOUR

2019-2020	2018-2019
110 917	105 974
VISITES	

BLOCS OPÉRATOIRES

2019-2020	2018-2019
58 926	60 305
USAGERS, DONT	
34 985	36 137
EN CHIRURGIES D'UN JOUR	
51 284	53 533
NOUVELLES REQUÊTES DE CHIRURGIES ÉLECTIVES	

ENDOSCOPIE

2019-2020	2018-2019
64 388	65 306
EXAMENS	

RADIO-ONCOLOGIE

2019-2020	2018-2019
3 360	4 151
MISES EN TRAITEMENT	

HÉMATO-ONCOLOGIE

2019-2020	2018-2019
38 942	37 552
TRAITEMENTS	

HÉMODIALYSE

2019-2020	2018-2019
78 150	77 978
TRAITEMENTS	

LABORATOIRES

2019-2020	2018-2019
21 704 246	21 649 951
PROCÉDURES	

IMAGERIE MÉDICALE

2019-2020	2018-2019
646 329	655 012
EXAMENS	

PHARMACIE

2019-2020	2018-2019
3 440 154	3 410 316
ORDONNANCES	

RETRAITEMENTS D'INSTRUMENTS MÉDICAUX

2019-2020	2018-2019
408 984	444 827
RETRAITEMENTS	

SERVICES ALIMENTAIRES

2019-2020	2018-2019
3 201 510	3 242 086
REPAS	

NOS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Notre planification stratégique 2014-2020

Notre vision

Chef de file, le CHU de Québec-Université Laval est une référence internationale par ses pratiques cliniques, académiques et de gestion, qui visent à améliorer sans cesse la santé et le mieux-être des personnes.

Notre mission

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

Enseignement

Recherche

Évaluation

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.

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.

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.

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.

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.

Nos engagements

Nos orientations

et notre plan annuel 2019-2020

Nos priorités et nos objectifs prioritaires

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

- Mettre en place au moins 3 initiatives convenues aux états généraux de septembre 2019 en suivi de la consultation « En mode solutions » pour les trois catégories d'emplois prioritaires (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) d'ici au 31 mars 2020.
 - Évaluer la démarche réalisée d'ici au 31 janvier 2020 et initier une démarche de même type pour d'autres catégories d'emplois et secteurs de l'établissement (services diagnostics, services de soutien expert, par exemple) d'ici au 31 mars 2020.
- Implanter dans les 16 services identifiés les priorités définies lors de la démarche des risques psychosociaux d'ici le 31 mars 2020.
- Augmenter de 30 % le taux de rétention des personnes employées depuis moins de 3 ans d'ici au 31 mars 2021.

ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

- Déployer 7 nouveaux centres de rendez-vous dans les spécialités médicales prioritaires (rhumatologie, physiothérapie, chirurgie vasculaire, immunologie, infectiologie, neurologie et urologie) d'ici le 31 mars 2020.
 - Assurer la prise en charge de 85 % des premières demandes de consultations de 28 jours et moins (Priorités A-B-C) dans les délais cliniques prescrits pour les centres de rendez-vous déployés en 2018-2019, d'ici au 31 mars 2020.
- Déployer 3 chantiers d'amélioration de l'accès (échographie, résonance magnétique et médecine nucléaire) en imagerie médicale d'ici le 31 mars 2020.
- Adopter de nouvelles stratégies pour les patients exigeant un niveau de soins alternatif (NSA) avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour diminuer l'utilisation des lits pour NSA à 8 % à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à 18 % à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à 9 % à l'Hôpital Saint-François d'Assise d'ici au 31 mars 2020.
- Réduire de 25 % le nombre de patients sur civière à l'urgence de plus de 24 heures sans demande d'admission dans les urgences de l'Hôpital Saint-François d'Assise, de l'Hôpital du Saint-Sacrement et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus d'ici au 31 mars 2020.



NCH – VOLETS CIC ET PCL

- Réaliser 10 projets de transformation pour le centre intégré de cancérologie d'ici le 31 mars 2020.
- Adopter les plans de transition pour le fonctionnement sur 2 sites (Hôpital de l'Enfant-Jésus et L'Hôtel-Dieu de Québec) de 100 % des services concernés d'ici au 31 décembre 2019.
- Confirmer à 100 % de nos employés actuels leur poste dans le centre intégré de cancérologie et la plateforme clinico-logistique d'ici au 31 mars 2020.
- Adopter le mode d'organisation des services de 100 % des départements et services médicaux associés au centre intégré de cancérologie (hématologie-oncologie, radio-oncologie, anesthésiologie, urologie, ORL, neuro-oncologie, pathologie, cardiologie, pharmacie) d'ici au 31 mars 2020.
- Respecter à 100 % le plan d'acquisition des équipements nécessaires au fonctionnement du centre intégré de cancérologie et de la plateforme clinico-logistique d'ici le 31 mars 2020.

MEILLEURES PRATIQUES AU QUOTIDIEN

- Éviter la progression des cas de bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) d'ici le 31 mars 2020.
- Assurer une saine gestion financière et réaliser 100 % de la portion 2019-2020 du plan d'équilibre budgétaire d'ici le 31 mars 2020.
- Diminuer les écarts négatifs entre les coûts (matériel et durées moyennes de séjour (DMS)) et les revenus estimés pour les parcours chirurgicaux, en préparation au financement par parcours de soins, d'ici le 31 mars 2020.
- Réaliser 3 projets structurants de pertinence clinique qui visent des modifications de pratique:
 - Que la prescription des immunoglobulines au CHU soit ramenée à la moyenne canadienne d'ici au 31 mars 2020.
 - Que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) ait publié, avant le 31 mars 2020, son rapport d'évaluation des meilleures pratiques transfusionnelles à implanter dans le cadre d'un programme d'épargne sanguine.
 - Que des guides de priorisation clinique et technique en imagerie par résonance magnétique (IRM) et médecine nucléaire aient été complétés et validés auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, avant le 31 mars 2020.
- Poursuivre nos efforts dans le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans l'ensemble de l'établissement et atteindre un niveau de conformité de 80 % des pratiques de l'AAPA pour le délirium et la mobilisation des patients dans les 5 urgences pour le 31 mars 2020.
- En suivi du comité consultatif à la Direction générale (CCDG) élargi qui aura lieu en juin 2019, mettre en œuvre le plan de consolidation des activités de l'Hôpital du Saint-Sacrement en réalisant, d'ici au 31 mars 2020, une initiative hospitalière et une initiative ambulatoire.

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 surspécialisés dans plusieurs domaines.

SITE	SERVICES OFFERTS EN 2019
<p>CHUL Centre hospitalier de l'Université Laval</p>	<p>CHUL — Centre mère-enfant Soleil (CMES) – Centre de référence tertiaire pour le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL) en santé de la mère et de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie pédiatrique et fœtale ▪ Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique ▪ Centre des malformations orofaciales ▪ Chirurgie cardiaque pédiatrique ▪ Chirurgie orthopédique pédiatrique ▪ Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique ▪ Dermatologie pédiatrique ▪ Diabétologie pédiatrique ▪ Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques ▪ Endocrinologie pédiatrique ▪ Gastroentérologie pédiatrique ▪ Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique ▪ Gynécologie et obstétrique ▪ Gynécologie pédiatrique ▪ Hémato-oncologie pédiatrique ▪ Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique ▪ Immunologie-allergie pédiatrique ▪ Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique ▪ Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique ▪ Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine de l'adolescence ▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique ▪ Médecine obstétricale ▪ Médecine sociojuridique/protection de l'enfance ▪ Néonatalogie ▪ Néphrologie pédiatrique ▪ Neurochirurgie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique, incluant électro-physiologie centrale, périphérique et monitoring ▪ Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) – audiologie : ancrage osseux ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) pédiatrique ▪ Orthopédie infantile et pédiatrique ▪ Pédiatrie ▪ Physiatrie et réadaptation pédiatrique ▪ Planification des naissances ▪ Pneumologie pédiatrique, incluant le programme de fibrose kystique ▪ Pouponnière ▪ Procréation médicalement assistée ▪ Programme québécois de dépistage de la surdité neonatale ▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques ▪ Rhumatologie pédiatrique ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs pédiatriques ▪ Transport néonatal provincial ▪ Urgence pédiatrique ▪ Urologie pédiatrique <hr/> <p>Volet adulte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ▪ Chirurgie générale ▪ Dermatologie ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hémodynamie ▪ Immunologie-allergie ▪ Infectiologie ▪ Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine dentaire ▪ Médecine interne ▪ Orthopédie ▪ Rhumatologie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence adulte ▪ Urologie (hormonothérapie)

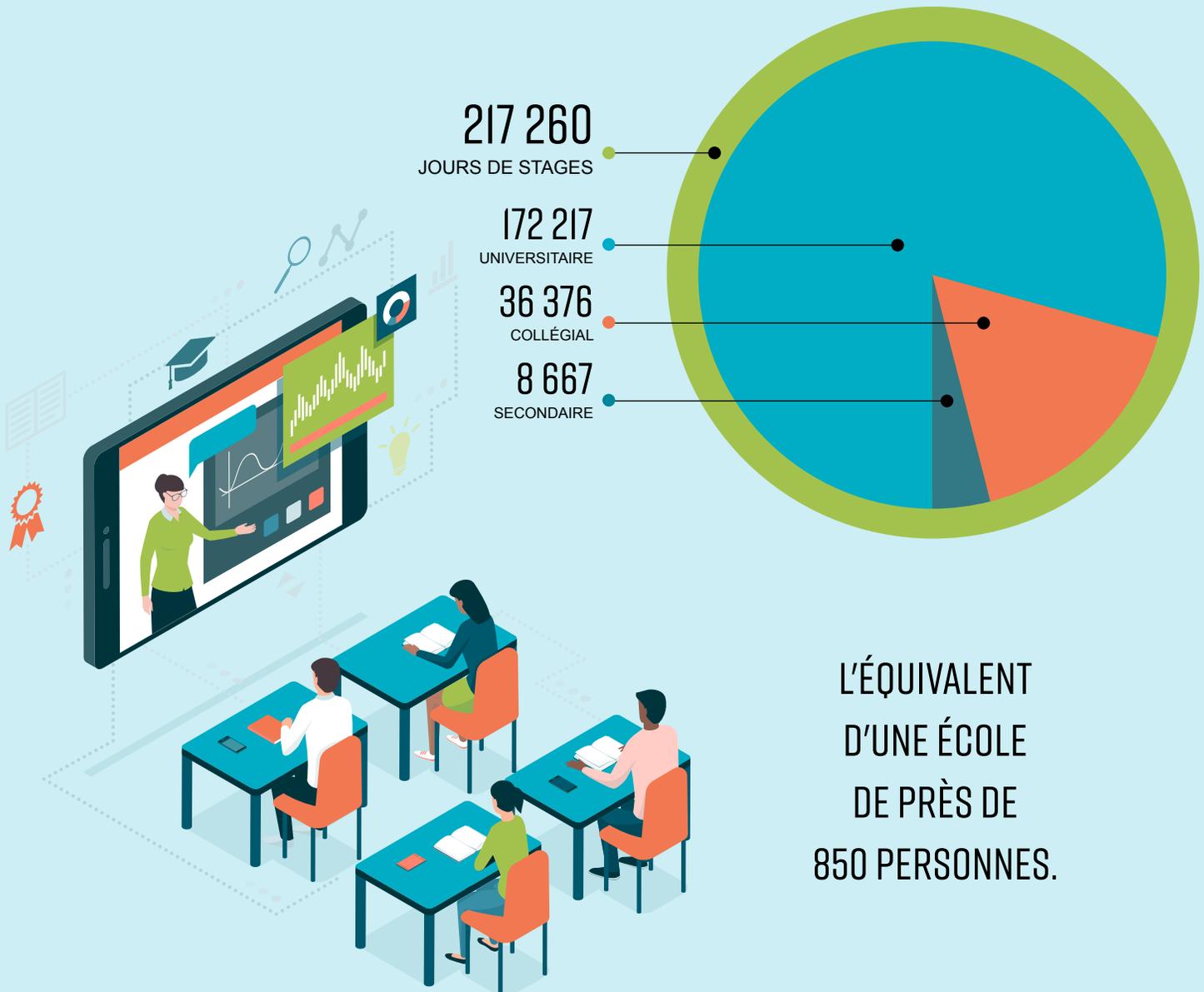
SITE	SERVICES OFFERTS EN 2019	
<p>HEJ Hôpital de l'Enfant-Jésus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre d'aphérèse ▪ Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est-du-Québec (CEBMEQ) ▪ Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec (CEVBGEQ) ▪ Centre de référence en neurologie pour l'Est-du-Québec ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre suprarégional de neurochirurgie et de neuro-oncologie ▪ Centre tertiaire AVC ▪ Centre tertiaire de traumatologie pour l'Est-du-Québec ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Endocrinologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastroentérologie ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Médecine interne ▪ Neuromodulation ▪ Neuro-ophtalmologie ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Orthopédie ▪ Physiothérapie ▪ Pneumologie ▪ Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) ▪ Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie (cystoscopie)
<p>HSS Hôpital du Saint-Sacrement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banque d'yeux ▪ Cardiologie ▪ Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein – Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ▪ Centre de rhinosinusologie ▪ Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Dermatologie ▪ Gastroentérologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein ▪ Médecine interne ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Ophtalmologie (Centre universitaire d'ophtalmologie) ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Pneumologie ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urgence ophtalmologique

SITE	SERVICES OFFERTS EN 2019	
<p>L'HDQ L'Hôtel-Dieu de Québec</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ancrage osseux ▪ Cardiologie ▪ Centre d'aphérèse ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie hépatobiliaire ▪ Chirurgie orthopédique oncologique ▪ Chirurgie plastique ▪ Chirurgie vasculaire et thoracique ▪ Dermatologie/chirurgie de Mohs ▪ Endocrinologie ▪ Épithésie ▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale ▪ Gastroentérologie ▪ Gynécologie oncologique ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Hémodynamie ▪ Hôtellerie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infectiologie ▪ Médecine dentaire en oncologie ▪ Médecine interne ▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) ▪ Neurologie ▪ Nutrition parentérale à domicile ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Pneumologie ▪ Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques ▪ Programme de soutien aux laryngectomisés – aide à la communication (SAL-PAC) pour tout l'est du Québec ▪ Psycho-oncologie ▪ Radio-oncologie, curiéthérapie et téléthérapie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie oncologique
<p>HSFA Hôpital Saint-François d'Assise</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale ▪ Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie gynécologique ▪ Chirurgie vasculaire ▪ Gastroentérologie ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstétrique ▪ Orthopédie ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Planification des naissances ▪ Pouponnière ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie

L'ENSEIGNEMENT AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

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 qu'elle représente en moyenne l'équivalent d'une école de près de 850 étudiants la fréquentant chaque jour.



L'ÉQUIVALENT
D'UNE ÉCOLE
DE PRÈS DE
850 PERSONNES.

PROGRAMME DE FORMATION UNIVERSITAIRE	JOURS-STAGE	
	TOTAL	ETC ¹
MÉDECINE		
Introduction à l'externat	282	1,1
Externat	39 352	151,4
Résidence	101 040	388,6
Formation complémentaire (moniteur clinique)	6 120	23,5
Total	146 794	564,6
MÉDECINE DENTAIRE		
Stagiaire en médecine dentaire (4 ^e année)	240	0,9
Résidence en médecine dentaire multidisciplinaire	175	0,7
Résidence en chirurgie buccale et maxillo-faciale	1 800	6,9
Total	2 215	8,5
PHARMACIE		
Stagiaire (pharmD)	3 153	12,1
Résidence en pharmacothérapie avancée	3 157	12,1
Total	6 310	24,3
Audiologie	14	0,1
Biochimie clinique⁵	203	0,8
Ergothérapie	737	2,8
Kinésiologie	0	0,0
Nutrition	3 054	11,7
Orthophonie	319	1,2
Physiothérapie	1 470	5,7
Psychologie	1 104	4,2
Sciences infirmières	9 488	36,5
Travail social	459	1,8
Autres disciplines universitaires²	50	0,2
Total	16 898	65,0
TOTAL PROGRAMME DE FORMATION UNIVERSITAIRE	172 217	662,4

	JOURS-STAGE	
	TOTAL	ETC ¹
PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE		
Archives médicales	0	0,0
Soins infirmiers	25 818	99,3
Technique de cytotechnologie	0	0,0
Technique de diététique	112	0,4
Technique d'éducation spécialisée	57	0,2
Technique d'électrophysiologie médicale	660	2,5
Technique d'inhalothérapie et de soins respiratoires	2 190	8,4
Technique d'analyses biomédicales	859	3,3
Technique de médecine nucléaire	30	0,1
Technique de radiodiagnostic	4 516	17,4
Technique de radiothérapie	1 120	4,3
Technique de réadaptation physique	113	0,4
Technique de retraitement des dispositifs médicaux	323	1,2
Technique de soins préhospitaliers d'urgence	375	1,4
Autres programmes de formation collégiale ³	203	0,8
TOTAL PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE	146 794	564,6
PROGRAMMES DE FORMATION SECONDAIRE		
Santé, assistance et soins infirmiers	6 912	26,6
Assistance technique en pharmacie	713	2,7
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	569	2,2
Secrétariat - Secrétariat médical - Comptabilité	94	0,4
Hygiène et salubrité	48	0,2
Autres programmes de formation secondaire ⁴	331	1,3
TOTAL PROGRAMMES DE FORMATION SECONDAIRE	8 667	33,3
GRAND TOTAL	217 260	835,6

1 Équivalent temps complet

2 Autres disciplines universitaires (conseil génétique, gestion, prévention et contrôle des infections, soins spirituels)

3 Autres disciplines collégiales (approvisionnement, comptabilité, prévention des incendies, ressources humaines, technique de bureautique, technique d'orthèses et de prothèses orthopédiques)

4 Autres programmes de formation secondaire (cuisine, informatique, mécanique machinerie fixe, photographie)

5 Stages partagés entre CHUL, HSFA et site CHU à IUCPQ pour 2 résidentes en biochimie clinique

LA RECHERCHE AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

C'est avec fierté que nous présentons ces faits saillants du rapport annuel 2018-2019, qui mettent en lumière le génie et l'innovation dont ont su faire preuve nos équipes de recherche. Bien entendu, les succès de nos chercheurs sont des succès d'équipes formées de professionnels et d'étudiants. C'est pourquoi nous tenons à souligner leur rôle primordial dans l'avancement de la recherche et le transfert des connaissances. Ils sont des piliers pour la stabilité et le maintien du bon fonctionnement des équipes de recherche.

PERSONNEL ASSOCIÉ À LA RECHERCHE 2 962

1 434

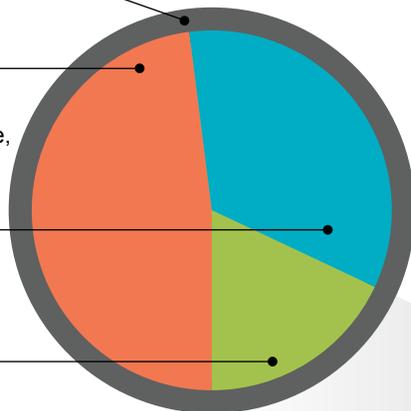
Personnel administratif, professionnel de recherche, techniciens, infirmières de recherche, stagiaires, etc.

1 001

Étudiants aux cycles supérieurs et stagiaires postdoctoraux

527

Chercheurs



265

Réguliers

190

Affiliés et honoraires

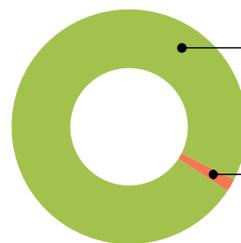
72

Associés

FINANCEMENT TOTAL 110 449 890 \$

Subventions ; bourses ; commandites, partenariats et contrats ; budget de fonctionnement FRQS, Fonds de soutien à la recherche, Soutien à la recherche du CHU de Québec-Université Laval pour mener des activités de recherche, etc.

PUBLICATIONS 1 166



1 146

Articles dans les périodiques

20

Volumes ou chapitres de livre

Ces réussites, ainsi que le titre de plus important centre de recherche francophone au pays, selon le *Canada's Top Research Hospitals*, ont été rendus possibles grâce à un financement totalisant **110,4 millions de dollars**. Cet **accroissement de 8,66%** du financement par rapport à l'an dernier nous a permis de conserver notre position de leader en recherche médicale, au service de la population québécoise.

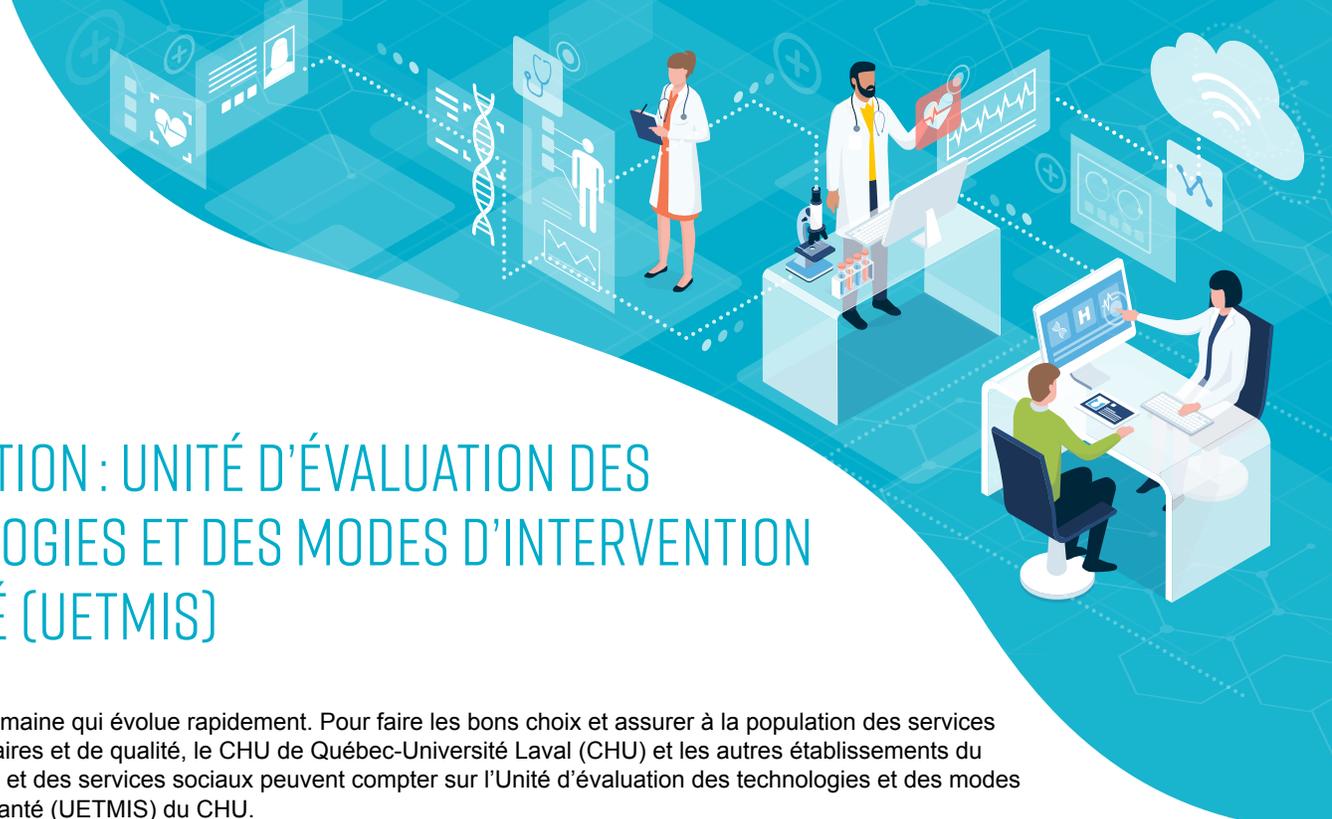
a Données au 31 mars 2019 : les données au 31 mars 2020 seront validées au cours de l'été 2020.
Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec 2018-2019*.

Grâce à nos partenaires, la Fondation du CHU de Québec et Desjardins, 55 étudiants à la maîtrise et au doctorat se sont vu remettre une bourse d'étude. Au total, ce sont 361 860 \$ qui ont été remis cette année. Partenaire de la relève en recherche depuis maintenant 7 ans, Desjardins a investi jusqu'à présent 1,7 millions de dollars afin de soutenir et d'encourager les futurs chercheurs au sein du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.

Afin que les futures années soient porteuses d'innovations, nous avons poursuivi cette année nos efforts de rapprochement entre la science et le grand public. Des activités portes ouvertes ont permis à plusieurs visiteurs de démystifier certains aspects de la recherche et d'en apprendre davantage sur nos travaux. Forts des succès de nos chercheurs et fiers de la relève, nous poursuivons la mise en œuvre de notre plan stratégique, qui contribuera à mettre à l'avant-scène notre centre et à mieux faire connaître la recherche.

Bien que les réalisations de nos chercheurs, professionnels de recherche et étudiants se comptent par centaines, certaines ont permis au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval de s'affirmer comme leader de la recherche en santé. En voici quelques exemples :

- Développement d'une immunothérapie contre le cancer de la vessie, par le Dr Yves Fradet.
- Une étude menée par l'équipe de Chantal Bisson, qui révèle que les femmes qui travaillent plus de 45 heures par semaine sont plus à risque de développer le diabète.
- En collaboration avec le groupe du professeur A. Powers de l'Université Vanderbilt aux États-Unis, l'équipe de Jean Sévigny a identifié un marqueur des cellules pancréatiques humaines qui produisent de l'insuline, ce qui facilitera les études cellulaires sur le traitement du diabète.
- Grâce à ses travaux de longue haleine sur l'Alzheimer, le Dr Robert J. Laforce a pu établir qu'il existe un lien entre cette maladie et l'aphasie logopénique, un trouble d'élocution.
- Une équipe formée de la Dre Suzanne Demers, de Nils Chaillet et du Dr Emmanuel Bujold a montré que la prise d'aspirine chez certaines femmes pendant la grossesse réduirait le risque de prééclampsie.
- Les travaux du professeur Jacques Simard et de ses collaborateurs démontrent qu'un simple test de salive pourrait permettre d'estimer avec une précision inégalée le risque qu'une femme ait un cancer du sein au cours de sa vie.
- Les travaux menés par l'équipe du professeur Ayman ElAli sur un modèle animal d'AVC ont mis en lumière l'existence d'un mécanisme permettant d'allonger de plus de 30 % le délai d'intervention thérapeutique en cas d'AVC ischémique, ce qui permettrait de tripler le nombre de patients pouvant être traités à la suite de ce type d'ACV.

An isometric illustration of a futuristic healthcare environment. It features several figures: a female doctor in a white coat holding a clipboard, a male doctor in a white coat pointing at a large screen displaying a heart and a waveform, and two people sitting at a desk with multiple computer monitors. The background is a vibrant blue with various medical and technological icons such as a DNA helix, a microscope, a cloud with a Wi-Fi symbol, and various charts and graphs. Dotted lines connect these elements, suggesting a networked or data-driven system.

L'ÉVALUATION : UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (UETMIS)

La santé est un domaine qui évolue rapidement. Pour faire les bons choix et assurer à la population des services pertinents, sécuritaires et de qualité, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) et les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux peuvent compter sur l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU.

L'UETMIS offre une analyse rigoureuse, impartiale et transparente des pratiques en santé, telles que les équipements, les instruments, les modes d'intervention, etc. Elle soutient et conseille les gestionnaires, les médecins et les professionnels lorsque l'implantation d'une nouvelle pratique ou la révision d'une pratique existante est envisagée. Cela permet ainsi une utilisation judicieuse des ressources, tant humaines que financières.

Au cours de l'année 2019-2020, l'UETMIS a produit 14 évaluations afin de soutenir la prise de décision auprès de plusieurs directions, départements et services médicaux du CHU de Québec, de même que dans l'avancement des travaux du nouveau complexe hospitalier. Pendant cette année, l'UETMIS a également collaboré avec le Comité d'introduction des pratiques innovantes du CHU de Québec, a offert un accompagnement pour favoriser le transfert de connaissances entre des établissements partenaires du Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL) et a contribué à l'obtention d'un financement du Fonds de soutien à l'innovation en santé et services sociaux (FSISSS) portant sur l'intégration de l'IRMmp dans la trajectoire diagnostique des patients avec suspicion de cancer de la prostate.

Dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19 au Québec, l'équipe de l'UETMIS s'est rapidement mobilisée afin d'émettre des prises de position à la demande de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), du Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du Sous-comité COVID-19 des blocs opératoires du MSSS.

Les évaluations de l'UETMIS sont disponibles sur le site Internet du CHU de Québec à l'adresse suivante : www.chudequebec.ca

DON D'ORGANES ET DE TISSUS HUMAINS

Le CHU de Québec-Université Laval est un partenaire majeur de Transplant Québec et d'Héma-Québec au regard du don d'organes et de tissus humains. Identifié comme centre préleveur d'organes désigné, le CHU réalise 16 % des prélèvements d'organes au Québec dans l'un ou l'autre de ses établissements. Fiers de réaliser activement leur mission, les équipes impliquées dans le processus du don font preuve d'un grand leadership pour améliorer les façons de faire dans un souci de promouvoir la cause tout en améliorant l'efficacité en don d'organes et de tissus.

STATISTIQUES DON D'ORGANES CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL	2019-2020	2019-2018	2018-2017
Donneurs potentiels	88	94	112
Donneurs prélevés	29	24	41
- diagnostic de décès neurologique (DDN)	26	16	29
- après décès cardiocirculatoire (DDC)	3	8	12
Organes prélevés transplantés	108	70	123

Par rapport à l'année 2018-2019 qui avait connu une baisse significative du nombre de donneurs prélevés, il y a eu une légère augmentation durant l'année 2019-2020. Au CHU, le nombre de donneurs potentiels a diminué pour une deuxième année consécutive par rapport aux années précédentes malgré une augmentation du nombre de donneurs prélevés à la suite d'un décès neurologique (DDN). Un seul don d'organes réalisé après une aide médicale à mourir (AMM) a eu lieu et est comptabilisé dans les DDC.

Il est important de souligner l'augmentation du nombre d'organes prélevés par donneur qui est passé de 2,91 en 2018-2019 à 3,72 en 2019-2020. Cette augmentation marquée du nombre d'organes par donneur est directement relié à une diminution de l'âge moyen des donneurs d'organes, qui est passé de 57,0 ans en 2018-2019 à 47,7 ans en 2019-2020. En tout, 108 organes ont été greffés à partir des donneurs prélevés au CHU de Québec.

La fin de l'année financière 2019-2020 a été marquée par l'apparition de la COVID-19 mais il est trop tôt pour en mesurer les impacts sur le programme.

Au regard de la performance du CHU concernant les recommandations à Héma-Québec pour les dons de tissus humains, 638 personnes y ont été recommandées sur les 1014 donneurs potentiels de tissus, pour un taux de recommandation de 62,9 %. De ce nombre, 23 donneurs de tissus humains et 98 donneurs de tissus oculaires ont été retenus pour les besoins des futurs greffés. Ainsi, 7,7 % des donneurs de tissus humains et 10,9 % des donneurs de tissus oculaires prélevés au Québec provenaient de donneurs identifiés au CHU de Québec. Le formulaire de validation pour les donneurs de tissus après décès a été modifié pour le rendre plus intuitif et de nombreuses visites sur les unités de soins ont suivi ce changement. Ce formulaire qui sert à guider et documenter la démarche de don de tissus, est complété dans seulement 67,2 % des dossiers. Grâce à ces différentes interventions, le taux de recommandation des donneurs potentiels de tissus à Héma-Québec est en constante augmentation.

Sur la scène provinciale, l'organisation rayonne par sa pratique inspirante et par sa structure de gouvernance en matière de don d'organes et de tissus. Une étude multicentrique pilotée par le CHU s'intéressant à l'expérience vécue par les proches des donneurs d'organes potentiels est présentement en cours. Dans l'objectif d'augmenter le taux de recommandations aux organismes responsables, les efforts se poursuivent concernant la systématisation de la référence autant pour les dons de tissus que ceux d'organes.

Par son implication et son dynamisme, l'équipe dédiée au don d'organes et de tissus travaille avec rigueur afin de maintenir ses acquis, promouvoir l'innovation et faire rayonner l'établissement.

Priorités et principaux défis 2020-2021

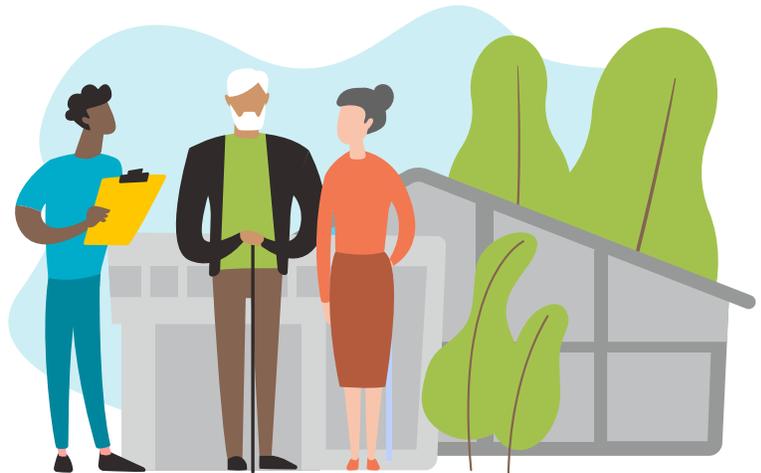
- Promouvoir les nouveaux critères de recommandations de Transplant Québec qui s'élargissent à tous les patients chez qui un arrêt de traitement de maintien des fonctions vitales est envisagé, sans se limiter aux patients qui présentent un drame neurologique grave.
- Uniformiser la pratique entourant le maintien du donneur d'organes potentiel en lien avec les nouvelles lignes directrices émises par la Société canadienne du sang et Transplant Québec.
- Poursuivre le développement d'une culture en don d'organes et de tissus dans toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval.
- Systématiser la référence des donneurs potentiels d'organes pour les patients traités dans les unités de soins intensifs fermés (L'HDQ et HEJ) et chez qui l'arrêt de traitement de maintien des fonctions vitales est prévu. Par la suite, étendre cette pratique dans les autres centres d'activités.
- Établir un modèle de rétroaction efficace pour les donneurs non identifiés.



LE CENTRE SPIRITUALITÉ SANTÉ DE LA CAPITALE-NATIONALE

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale (CSsanté) est le regroupement administratif des ressources humaines, financières et matérielles de tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs. Notre équipe, composée d'une soixante de personnes, nous permet d'accomplir notre mission de formation, d'enseignement universitaire et de recherche, mais d'abord et avant tout d'offrir un accompagnement spirituel et religieux à notre clientèle hospitalisée, hébergée, en santé mentale, en réadaptation ou suivie en soins spirituels à domicile, clientèle qui est répartie dans 34 installations différentes.

Cette année, comme pour tous les secteurs du CHU de Québec-Université Laval, la gestion de la pandémie a représenté un défi de taille que notre organisation a su relever avec brio grâce à la générosité et la solidarité des intervenants et intervenantes en soins spirituels qui ont accepté d'être déplacés vers les zones qui nécessitaient en priorité leur présence et leur expertise. Nous avons finalisé la révision et la rédaction de notre offre de service pour la clientèle hébergée; nous avons rendu disponible à tous les intervenants et intervenantes en soins spirituels du CSsanté un outil d'animation et de présidence de rites laïcs et religieux en milieu de santé. Un article sur « Méditation et psychiatrie » et un autre sur le « développement d'un outil d'évaluation en soins spirituels » ont été produits et sont à paraître au cours de l'année 2020-2021. Nous avons dispensé de la formation à des intervenants en soins spirituels du CISSS des Laurentides, du CISSS de Laval et du CISSS du Bas St-Laurent sur l'évaluation et la rédaction de la note au dossier en soins spirituels.



Notre revue *Spiritualitésanté*, tirée à 2 500 exemplaires, a publié pour son volume 12, trois numéros sur les thèmes suivants : De la violence dans le monde des soins? Croire et aller mieux; Le suicide : le voir, l'interroger, le prévenir. La mise en ligne de notre revue est prévue pour août 2020. À partir de cette date, *Spiritualitésanté* sera diffusée gratuitement et uniquement sur le Web, en primeur à tout le personnel de la région de la Capitale-Nationale.

Au printemps 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au CHU de Québec-Université Laval, par l'entremise du CSsanté, le mandat de coordination de la révision des orientations ministérielles pour l'organisation des services de soins spirituels. Au cours de l'année, un comité de travail constitué de représentants de 12 établissements du réseau de la santé et des services sociaux se sont réunis à six reprises (en présentiel et par conférence téléphonique) pour travailler la mise à jour de ce document. Le dépôt d'un document préliminaire est prévu au plus tard à l'automne 2020.

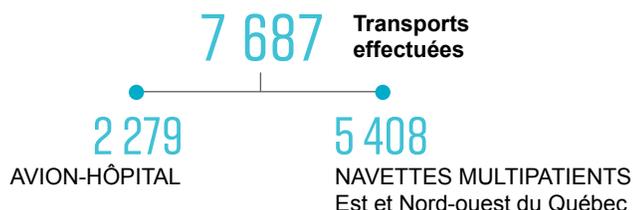
En février 2020, une présentation au Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL) visant à consolider le leadership suprarégional du CSsanté dans le domaine des soins spirituels a été réalisée. Une série de propositions visant à assurer ce leadership a été présentée aux membres du RUISSS-UL. De plus, un comité de travail ayant pour objectif de veiller à l'opérationnalisation de ces propositions devrait être mis sur pied au courant de l'année 2020-2021.

LE SERVICE D'ÉVACUATIONS AÉROMÉDICALES DU QUÉBEC

« LA VÉRITABLE
MISSION
EST DE CHERCHER
LA MEILLEURE SOLUTION
POUR LE PATIENT »

Depuis sa création, en 1981, EVAQ a transporté plus de 100 000 usagers des régions éloignées comportant des conditions précaires, urgentes et un retour en région à la suite de soins ou d'examen spécialisés. Notre service couvre une superficie de 1 667 926 km² qui représente l'ensemble des régions de l'est, de l'ouest et du nord du Québec ainsi que le nord du Nouveau-Brunswick.

L'excellence, la passion et le dévouement des équipes qui collaborent aux missions d'EVAQ démontrent à quel point notre vision apporte une importante valeur ajoutée au réseau de la santé et au bénéfice des patients. Nos statistiques démontrent que nous sommes un service essentiel et nous confortent dans notre volonté de donner la priorité à l'humain et d'investir dans l'accessibilité des soins spécialisés à l'ensemble des régions éloignées. Nous sommes un des premiers services d'évacuations aéromédicales à posséder une politique ministérielle encadrant l'accompagnement parental.



Du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020, 7 687 usagers ont été transportés dont 2 279 par l'avion-hôpital et 5 408 par les navettes multipatients de l'Est et du Nord-ouest de la province. En 2019-2020, nous avons effectué 99 % des demandes d'accompagnement parental. Nous avons transféré au total 269 nouveau-nés de moins de 28 jours dont 94 cas de nouveau-nés prématurés.



99 %

Demandes effectuées

Accompagnement parental



269

Transferts

Nouveaux-nés de moins de 28 jours dont 94 prématurés

Depuis le 10 mars 2020, nous avons déployé une plateforme électronique pour toutes les demandes de transfert par EVAQ. Toutes les demandes (avion-hôpital, navette) de transferts sont obligatoirement réalisées à partir de la plateforme (www.evaq.ca). Il s'agit d'une étape importante de ce projet innovant.

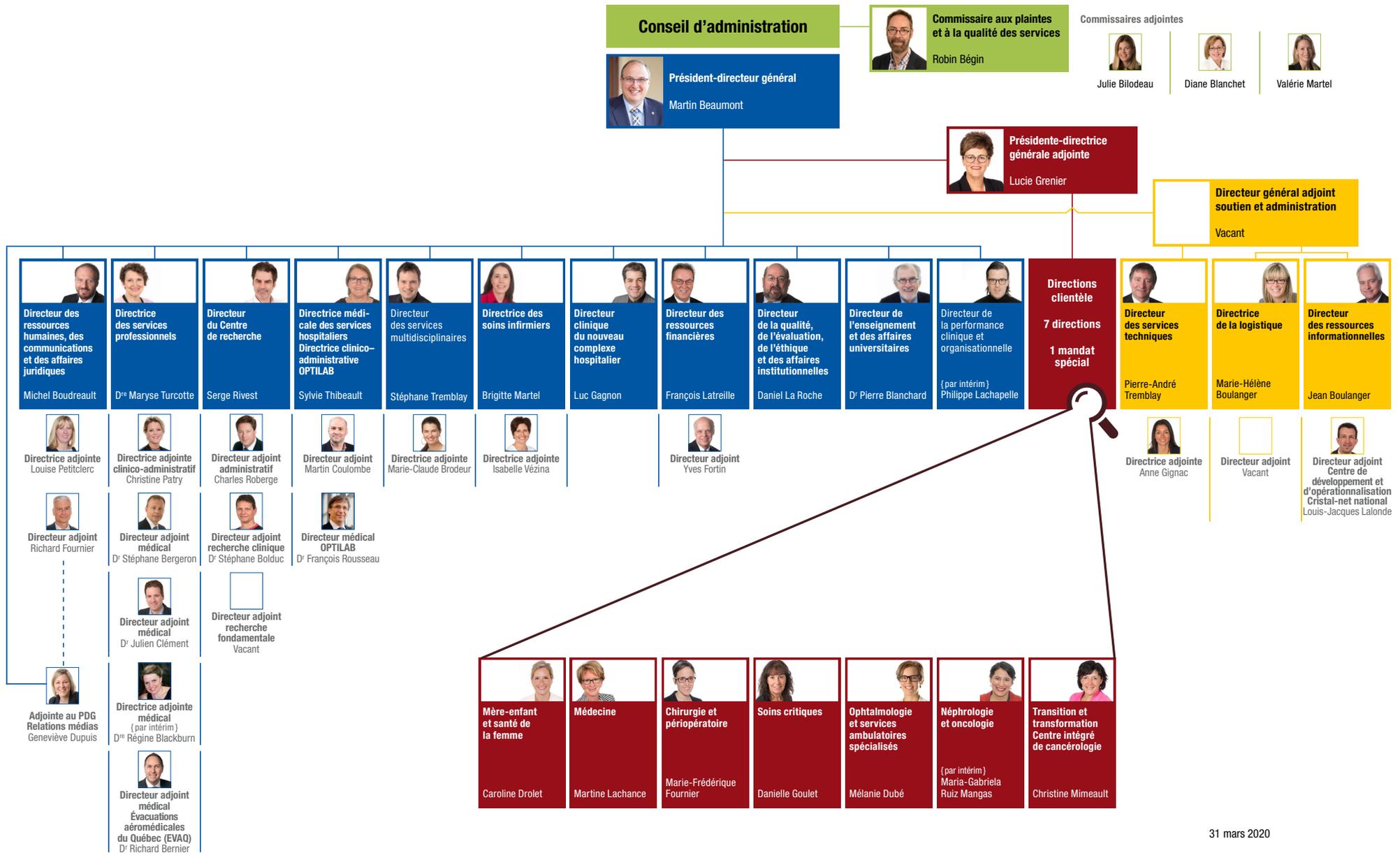
EVAQ a poursuivi sa mission d'enseignement ce qui a permis à 10 résidents, 11 externes et une infirmière clinicienne en soins spécialisés de profiter de l'expertise et des connaissances de nos équipes aéromédicales dans le cadre de leur stage variant de deux à quatre semaines. De plus, nous avons procédé à un recrutement intensif de 5 médecins et 5 infirmières cliniciennes. Nous encourageons nos membres à effectuer la formation de l'Association Canadienne de Médecine Aérospatiale et de transport Aéromédical (ACMATA) et à maintenir leur compétence à jour.

Tôt lors de la progression de la COVID-19, EVAQ a mis en place une régulation médicale renforcée ainsi qu'une escouade spéciale qui travaille en complémentarité avec la coordination des lits de soins intensifs (COOLSI) afin de respecter les directives de la santé publique et d'éviter d'être un vecteur de contamination lors des évacuations.

Pour EVAQ, ce qui est possible sur le plan médical dans un centre hospitalier de haut niveau, doit l'être aussi pour les patients transportés. Notre équipe médicale conjugue expertise et utilisation des équipements de soins critiques bénéfiques pour le patient tout en tenant compte de la médecine aéronautique. Nous disposons d'une structure organisationnelle dont nos compétences ainsi que nos responsabilités se définissent par l'innovation, l'humanisme, le respect, la transparence et l'excellence.

À l'aube de ses 40 ans d'existence, EVAQ est sur la bonne voie. Le développement de sa toute nouvelle plateforme électronique permet d'offrir aux centres demandeurs, une préparation du patient encore plus optimale et une prise en charge des plus sécuritaires. EVAQ est non seulement un service d'avion-hôpital et de navettes multipatients Est et Nord-ouest, mais aussi un service qui anticipe et qui a su s'adapter dans le contexte de pandémie.

ORGANIGRAMME DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Conseil d'administration

Le conseil d'administration (C.A.) administre les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs. Il organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Il doit également répartir équitablement, et dans le respect des enveloppes allouées, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assurer de leur utilisation économique et efficiente.

Faits saillants

En 2019-2020, le C.A. a tenu six séances régulières, avec un taux de participation de 80 %, et trois séances spéciales, avec un taux de participation de 90 %. Il a adopté 384 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions.



Voici les principaux sujets qui ont été discutés ou qui ont fait l'objet de résolutions adoptées par le conseil :

Pertinence, qualité, sécurité et efficience des soins et services

- Adoption du plan d'action 2019-2020 à l'égard des personnes handicapées
- Adoption du plan de sécurité de l'établissement
- Adoption du *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise*
- Adoption du *Règlement concernant l'application du protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux pour des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*
- Engagement du C.A. envers les programmes de traumatologie et des grands brûlés du CHU

Administration des affaires de l'établissement

- Adoption du plan annuel et des cibles pour l'année 2019-2020
- Adoption d'une *Procédure d'évaluation du rendement et de l'efficacité du système de gouvernance, et d'une Procédure d'appréciation de la contribution du commissaire aux plaintes et à la qualité des services*

- Adoption du plan stratégique de communication 2019-2020
- Révision du *Règlement sur la régie interne du C.A.*
- Adoption du *Règlement sur les rapports à produire au C.A.*

Organisation des services de l'établissement

- Adoption des règlements de régie interne sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine générale et du Département de médecine spécialisée
- Adoption des Règles d'utilisation des ressources pour l'accès priorisé aux services spécialisés et surspécialisés pour les cliniques externes spécialisées, le Service de gastroentérologie, le Service d'hémo-oncologie et le Service de rhumatologie
- Adoption du *Règlement en matière de recherche à l'intention des médecins*
- Adoption du *Règlement sur la gestion des effectifs médicaux en soins intensifs adultes*
- Adoption du *Règlement sur le recrutement des médecins spécialistes et des dentistes*
- Révision du *Règlement des blocs opératoires*

Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

- Adoption du budget pour l'exercice financier 2019-2020
- Approbation du rapport de l'auditeur indépendant et des états financiers pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2019
- Approbation d'une demande d'autorisation d'emprunt visant l'équilibre budgétaire 2019-2020 et d'assurer les liquidités pour procéder aux acquisitions d'équipements et de fournitures pour la COVID-19

Enseignement et recherche

- Mise à jour des modes opératoires normalisés de la recherche

Entente de gestion et d'imputabilité

- Adoption de l'Entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 entre le CHU de Québec-Université Laval et le ministre de la Santé et des Services sociaux

Reconnaissance et bons coups

- Motion de félicitations destinée aux intervenants ayant travaillé à la visite d'Agrément Canada
- Motion de félicitations destinée à l'équipe de direction, à l'équipe du module d'amélioration continue et à l'équipe de développement des personnes et du soutien à la transformation pour leur contribution à la promotion de la culture de gestion du changement et d'amélioration continue
- Motion de félicitations destinée à l'équipe responsable de l'organisation de l'édition 2019 du Mois Promotion Qualité
- Motion de félicitations destinée à l'équipe de la Direction des ressources informationnelles pour l'obtention du Prix de l'excellence Télémedecine et Continent américain
- Motion de félicitations destinée aux membres du conseil multidisciplinaire, du conseil des infirmières et infirmiers, et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et à la Fondation du CHU de Québec, pour l'obtention du prix *CECM* en action
- Motion de félicitations à la présidente et chef de la direction et au président du C.A. de la Fondation du CHU de Québec pour leur engagement et leur collaboration à la réalisation de la mission de l'établissement
- Motion de félicitations destinée à tous les intervenants pour leur mobilisation, leur dévouement et leur créativité face à la pandémie de la COVID-19

RAPPORT DE SUIVI 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 CHU de Québec-Université Laval a été adopté par le conseil d'administration le 8 février 2016. Le code est en annexe du présent document.

Au 31 mars 2020, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2019-2020.

Original signé à Québec ce 29 juin 2020 par :

Le secrétaire du conseil d'administration
Martin Beaumont

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES	
		SÉANCES RÉGULIÈRES	SÉANCES SPÉCIALES
M. Gaston Bédard, président du C. A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
Mme Diane Jean, vice-présidente du C. A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	67 %
M. Martin Beaumont, secrétaire du C. A.	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	100 %
M. Sylvain Carpentier	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	100 %
M. Sylvain Gagnon	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	100 %
Dr Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	67 %	67 %
Mme Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %	33 %
Mme Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
Mme Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	67 %
Mme Danielle Boucher	Membre désignée <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	83 %	67 %
Mme Geneviève Larouche	Membre désignée <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %	100 %
Dr François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	100 %
Dr Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %	67 %
Mme Marielle Philibert	Membre désignée <i>Comité des usagers</i>	100 %	100 %
Mme Marianne Talbot	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>	83 %	100 %
Mme Eugénie Brouillet	Représentante de l'Université Laval	33 %	33 %
Dr Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	83 %	33 %
M. Pierre Tremblay (nomination le 23 septembre 2019)	Membre observateur Fondation	75 %	0 %

Pour les faits saillants et la composition des comités du conseil d'administration, consultez l'annexe 1.

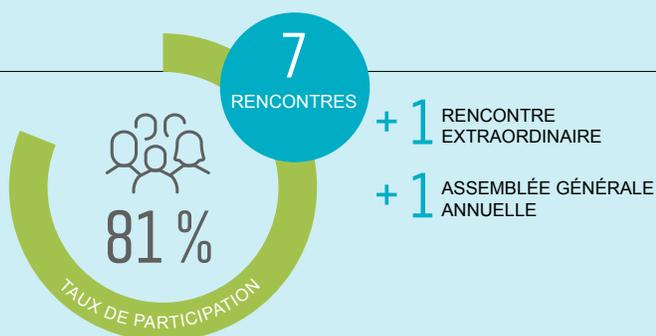
LES COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) a pour principales fonctions d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8) et exercées dans le centre. De plus, il fait des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments, sur les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres. Il donne également son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers, sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu sept rencontres, avec un taux de participation de 81 %, une rencontre extraordinaire et une assemblée générale annuelle.



NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (DU 1^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)	
LES OFFICIERS	
Mme Maude Trépanier	Présidente
M. Mathieu Morisson	Vice-président
M. Martin Parent	Secrétaire
Mme Isabel Gaudreault	Trésorière
LES CONSEILLÈRES	
Mme Valérie Dufour	Conseillère
M. Olivier Godbout	Conseiller
Mme Marie-Claude Guingon	Conseillère
Mme Vanessa Huard	Conseillère
Mme Antissar Lemzouri	Conseillère
Mme Julie Maranda	Conseillère
LES MEMBRES OBSERVATEURS	
Mme Danielle Boucher	Représentante au C.A.
Mme Nathalie Gravel	Membre observateur
LA DIRECTRICE DÉSIGNÉE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE (MEMBRE D'OFFICE)	
Mme Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES	
Mme Lise Boucher	Présidente du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
LES MAISONS D'ENSEIGNEMENT	
Mme Mélanie Bérubé <i>(de avril à juin 2019 et janvier à mars 2020)</i>	Université Laval
Mme Annie Laporte	Cégep Garneau
Mme Marie-Pier Riverin Gagnon	Centre de formation professionnelle Fierbourg
Mme Diane Tapp <i>(septembre à décembre 2019)</i>	Université Laval

Principales réalisations

Avis, recommandations et appuis :

- Avis au directeur de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles quant aux priorités organisationnelles 2019-2020;
- Adoption de la règle de soins infirmiers, 2019-RSI-008. Installation d'un cathéter veineux périphérique par écho-guidage chez l'adulte;
- Avis conjoint avec le conseil multidisciplinaire et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au président-directeur général sur la planification de la main-d'œuvre et le maintien du volume d'activité;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-202 – Initier les demandes d'examens initiaux ainsi que les examens subséquents pour les patients des cohortes de néphrologie;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-402 – Initier l'administration d'oxygène par masque avec réservoir 100 % pour la clientèle obstétricale;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-058 – Initier les examens diagnostiques préopératoires au CHUL, HSS, L'HDQ et HSFA;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-405 – Initier les examens diagnostiques préopératoires pour les patients opérés à l'HEJ;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-027 – Préparation préopératoire et postopératoire pour chirurgie ambulatoire de la rétine (dextrose 5 % - NaCl 0,45 %, cyclopentolate, phényléphrine et dimenhyDRINATE);
- Adoption du protocole infirmier 2019-PROT-006. Soins et surveillance du nouveau-né;
- Adoption du protocole infirmier 2019-PROT-018. Évaluation d'une patiente lors d'une maturation du col utérin ou de l'induction du travail avec Misoprostol (CytotecMD);
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-147 – Initier l'oxygénothérapie à l'urgence;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-292 – Initier des examens diagnostiques pour la clientèle ayant une suspicion de maladie inflammatoire de l'intestin (MII) exacerbée;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-142 – Initier les examens diagnostiques et les mesures thérapeutiques (vitamine K et érythromycine) pour le nouveau-né;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-330 – Initier des mesures thérapeutiques lors d'une épistaxis active à l'urgence Initier l'oxygénothérapie à l'urgence;
- Consultation sur le protocole PROT-PHAR-74 – Protocole de préparation en pédiatrie pour examen de résonance magnétique (IRM) abdominale, foie, MRCP, pelvis et entéro IRM avec injection de contraste (C+);
- Consultation sur le protocole PROT-PHAR-75 – Protocole de préparation en pédiatrie pour examen de résonance magnétique (IRM) avec injection de contraste (C+);
- Consultation sur le protocole PROT-PHAR-76 – Protocole de préparation en pédiatrie pour examen de tomodensitométrie avec injection de produit de contraste (TDM C+);
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-057 – Administration des gouttes ophtalmiques de proparacaïne (AlcaïneMD 0,5 %) ou de proparacaïne + fluorescéine (AlcaïneMD 0,5 % + FluorescéineMD 0,08 %) avant un examen ou une procédure oculaire;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-179 – Administration de proparacaïne 0,5 % (AlcaïneMD), phényléphrine 2,5 % (MydrinMD) et de tropicamide 1 % (MydriacylMD) en vue d'un examen ophtalmique du segment postérieur;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-315 – Administrer la fluorescéine IV lors d'une angiographie rétinienne et gestion des effets indésirables associés (dimenhyDRINATE, diphenhydrAMINE);
- Adoption de la règle de soins infirmiers, 2019-RSI-009, Double vérification indépendante des médicaments à haut risque – Clientèle adulte;
- Ajustement 2016-RSI-002 Assistance opératoire;
- Avis à la présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens quant à l'ordonnance collective pour le maintien de la perméabilité des dispositifs d'accès veineux centraux;
- Avis du CII sur la modernisation du plan d'organisation de l'établissement;
- Recommandation conjointe avec le conseil multidisciplinaire et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au directeur de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles concernant les critères de sélection pour le président du comité d'éthique de la recherche;
- Avis à la présidente et chef de la direction de la Fondation quant à l'importance des Bourses de formation continue pour les infirmières et infirmiers du CHU;
- Avis au président-directeur général quant à la pertinence d'inclure le logiciel de déclaration incidents-accidents dans le nouvel intranet du CHU;
- Adoption du protocole infirmier 2020-PROT-019, Surveillance suite à l'administration de la Nifédipine (AdalatMD) comme tocolytique lors du travail prématuré;
- Adoption du protocole infirmier 2020-PROT-020, Évaluation d'une patiente lors d'une interruption médicale de grossesse avec mifépristone (MifegyneMD) et misoprostol (CytotecMD);
- Révision de la règle de soins infirmiers, 2019-RSI-009, Double vérification indépendante des médicaments à haut risque – Clientèle adulte;

- Recommandation conjointe des trois conseils professionnels du CHU concernant la Politique visant à établir au CHU de Québec-Université Laval les mesures entourant l'application de la loi concernant la lutte contre le tabagisme ;
- Avis au directeur de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles quant aux priorités organisationnelles 2020-2021.

Participation à diverses activités professionnelles :

- Rencontre téléphonique des présidentes des CII de la province de Québec, ACIIQ, avril, juin, décembre 2019 et février 2020 ;
- Participation au CCDG élargi sur la mission de l'HSS, avril 2019 ;
- Conférence du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens par M. Marc Dauphin « L'expérience médicale canadienne en Afghanistan », avril 2019 ;
- Tournées triparties des unités pour la Campagne « En mode solutions » du CHU, avril 2019 ;
- Rencontre entre les présidentes de conseils, CM, CMDP et CII et directeurs associés, du CHU de Québec-Université Laval, mai et octobre 2019 ;
- Rencontre entre les présidentes de conseils, CM, CMDP et CII, du CHU de Québec-Université Laval, mai 2019 ;
- Présentation de trois (3) candidatures au prix Infirmière soignante 2018 de l'ORIIQ, mai 2019 ;
- Conférence ACIIQ, « Le CII : son rôle, ses responsabilités, et son leadership stratégique », mai 2019,
- Assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire, mai 2019 ;
- Assemblée générale annuelle du CII du CIUSSS Capitale-Nationale, mai 2019 ;
- Présentation du rapport annuel du CII au C.A., juin 2019 ;
- Don pour la campagne de financement pour la recherche clinique de la Fondation du CHU de Québec, mai 2019 ;
- Rencontre de l'équipe d'Agrément Canada dans le cadre de leur visite au CHU, septembre 2019 ;
- Grand rassemblement « En mode solutions », octobre 2019 ;
- Dîner causerie ORIIQ, octobre 2019 et février 2020 ;
- Colloque qualité, novembre 2019 ;
- Panel OIIQ-CII-FIQ, cours Profession infirmière et société, Université Laval, novembre 2019 ;
- Tournée de promotion d'hygiène des mains en collaboration avec le conseil multidisciplinaire et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, novembre 2019 ;
- Assemblée générale annuelle de l'OIIQ, novembre 2019 ;
- Congrès de l'OIIQ, novembre 2019 ;
- Assemblée générale annuelle de l'ACIIQ, novembre 2019 ;
- Conférence ACIIQ, « L'action et le leadership politique », novembre 2019 ;

- Forum des associations professionnelles, ACMQ, ACMDPQ, ACIIQ, novembre 2019 ;
- Activité de socialisation – comité interculturel, CRI, DSI - secteur de l'intégration, novembre 2019 ;
- Conférence ACIIQ, « Comprendre la différence entre les instances Association/Ordre/Syndicat et la position des CII », décembre 2019 ;
- Souper annuel avec le président-directeur général, le président du C.A. et les présidentes de conseils professionnels (CM, CMPD et CII), janvier 2020 ;
- Consultation pour le Programme de valorisation des superviseurs de stagiaires, janvier 2020 ;
- Contribution à la Campagne de sollicitation pour la recherche - axe de recherche clinique, janvier à mars 2020 ;
- Visite du président de l'OIIQ au CHU, mars 2020 ;
- C.A. du CHU de Québec-Université Laval, en continu ;
- Suivi des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, en continu ;
- Rédaction d'articles dans la section Page des soins du *Chuchoteur*, en continu.

Organisation d'événements :

- Réalisation du colloque du CII « Notre idéal de pratique infirmière : humanisme, innovation, excellence et collaboration » auxquels quelques centaines de membres ont participé, mai 2019 ;
- Assemblée générale annuelle du CII avec quelques centaines de membres présents, mai 2019.

Activités de reconnaissance et bourses :

- Quarante-huit (48) infirmières ont présenté au CII des demandes de bourses de formation, individuelle ou en groupe, pour un cumulatif de demande de 123 348,96 \$. De ce nombre, 16 bourses, destinées à 17 infirmières, ont été octroyées pour un total de 39 998,00 \$;
- Encore une fois cette année, les trois conseils se sont associés à l'axe de recherche clinique du Centre de recherche afin d'encourager la recherche clinique parmi leurs membres. La remise des bourses de recherche clinique attribuées à des membres du CII, CM et CMDP, résidents et étudiants en médecine et pharmacie a eu lieu le 23 octobre dernier, lors de la soirée des remises des bourses du centre de recherche. Grâce à la généreuse contribution de la Caisse Populaire Desjardins et de la Fondation du CHU de Québec, deux membres du CII ont reçu respectivement une bourse de 5 000 \$, Mme Anick Boivin, infirmière de pratique avancée à l'HEJ et Mme Martine Lemay à l'HSS.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le conseil multidisciplinaire (CM) a la responsabilité envers le C.A. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres et de donner son avis au président-directeur général sur les questions sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.

Le CM regroupe près de 2370 membres de 50 titres professionnels œuvrant dans les 5 hôpitaux du CHU et dans les laboratoires de la grappe du CHU, incluant les laboratoires de l'IUCPQ-UL, du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS des Îles.

Les activités et décisions du comité exécutif du CM (CECM) sont communiquées aux membres après chaque réunion à l'aide de *Votre CECM en bref*. Une dizaine d'invités sont venus présenter ou discuter de sujets touchant notre organisation, tels la campagne Meilleurs ensemble, En mode solutions, le processus d'agrément, les plans de développement des ressources humaines (PDRH) de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), les travaux dans le secteur Optilab, les visites du Bureau de normalisation du Québec (BNQ), les priorités annuelles et le suivi des activités réalisées de notre organisation, du comité des usagers, de la Direction médicale des services hospitaliers (DMSH), de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), les changements organisationnels au sein de la DSM et de la DMSH, la salle de pilotage de l'équipe de direction, la bonification des ressources en réadaptation, la valorisation des professionnels impliqués dans l'enseignement, les travaux concernant les laboratoires et l'imagerie médicale dans le Nouveau complexe hospitalier (NCH) et les rapports de plusieurs comités de pairs. Le président-directeur général a été présent à 3 des 8 rencontres, de même qu'à l'assemblée générale des membres.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu huit rencontres régulières, avec un taux de participation de 92 %.



NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (DU 1^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)	
LES OFFICIERS	
Mme Jocelyne Lévesque, présidente	Orthophoniste, CHUL
Mme Anne Pomerleau, vice-présidente	Ergothérapeute, HSFA
Mme Stéphanie Drouin, secrétaire	Chargée clinique de sécurité transfusionnelle, laboratoires IUCPQ
Mme Stéphanie Pouliot, trésorière	Coordonnatrice technique en diagnostic moléculaire, HSS
Mme Élisabeth Thifault, responsable des communications	Agente de planification, de programmation et de recherche, DEAU
LES CONSEILLÈRES	
Mme Marie-Hélène Bourdages	Nutritionniste, CHUL
Mme Catherine Demontigny	Archiviste médicale, HSFA
Mme Claudia Fortier	Ergothérapeute, HSS
M. David Malenfant	Travailleur social, L'HDQ
Mme Annie Ouellet	Chargée d'enseignement clinique en inhalothérapie, L'HDQ
Mme Émilie Ruel	Technologue en imagerie médicale, HEJ
LES MEMBRES OBSERVATEURS	
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires
LA DIRECTRICE DÉSIGNÉE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE (MEMBRE D'OFFICE)	
Mme Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
LE REPRÉSENTANT DE LA DMSH	
M. Martin Coulombe	Directeur adjoint à la DMSH
LA REPRÉSENTANTE AU C.A.	
Mme Marianne Talbot	Physiothérapeute

Principales réalisations

Avis, recommandations et appuis :

- Déployer la structure d'accueil pour les nouveaux employés membres du CM ;
- Réaliser un plan d'action en collaboration avec la DSM et la DMSH faisant suite au sondage du CM ;
- Réaliser le suivi des recommandations des comités de pairs terminés ;
- Valoriser la mission d'enseignement en faisant la promotion des titres d'enseignement pour les membres du CM et en appuyant les travaux de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) ;
- Poursuivre la reconnaissance des membres par des prix et des mentions de reconnaissance du conseil et de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et par des bourses de formation et de recherche ;
- Organiser le colloque du CM en tenant compte des besoins exprimés par les membres dans le sondage du CM ;
- Collaborer à l'atteinte des pratiques organisationnelles requises (POR) et aux visites d'agrément ;
- Favoriser la culture de lavage des mains parmi les membres du CM et parmi les équipes de l'organisation, en collaboration avec le CII et le CMDP, afin d'atteindre les cibles ministérielles ;
- Étudier les délais d'accès aux différents services professionnels dans une vision de trajectoire de soins pour un ou deux secteurs ciblés par le Ministère, et ce, avec l'instance régionale des CM et avec les deux autres conseils professionnels du CHU ;
- Encourager et soutenir la recherche clinique.

Le CECM s'est également assuré au cours de l'année de poursuivre les objectifs suivants :

- Poursuivre le suivi des avis du CM, dont celui demandant des adresses courriel organisationnelles pour tous les membres ;
- Soutenir les membres impliqués dans les comités de pairs et le CMPC ;
- Maintenir et assurer une communication continue avec nos partenaires régionaux et provinciaux soit avec l'ACMQ, l'instance régionale des CM dans un contexte de collaboration interprofessionnelle ;
- Assurer le rôle de support et de suivi des recommandations des projets d'appréciation et d'amélioration des pratiques et des PDRH.

Avis, recommandations et appuis :

- Avis du CM dans le cadre de la démarche d'identification des priorités organisationnelles 2019-2020 ;
- Appui du CM concernant la *Politique de gestion de la prévention et du contrôle des infections lors de travaux de construction et d'entretien* ;

- Appui du CM concernant la *Politique et procédure de gestion des avis-alertes-rappels de produits* ;
- Appui du CM concernant la *Procédure d'utilisation de l'appareil portatif à filtration HEPA* ;
- Avis du CM concernant la modernisation du plan d'organisation du CHU ;
- Recommandations du CM concernant la bonification des ressources en réadaptation au CHUL ;
- Appui du CM concernant la *Politique de reconnaissance* ;
- Recommandations du CM, du CII et du CMDP concernant la *Politique de lutte contre le tabagisme* ;
- Avis du CM concernant le modèle de rôle en dysphagie ;
- Avis du CM dans le cadre de la démarche d'identification des priorités annuelles 2020-2021 de l'organisation ;
- Avis du CM concernant l'accès sans frais à l'Internet sans fil et l'utilisation des téléviseurs pour les usagers hospitalisés en période de pandémie et de restriction des visites.

Activités professionnelles de l'exécutif :

- Participation de la présidente aux travaux du sous-comité de l'ACMQ concernant la révision de la LSSSS ;
- Participation de la vice-présidente à la Journée des présidents de l'ACMQ ;
- Participation de la présidente, de la vice-présidente et des officiers représentant l'HSS aux CCDG concernant la réorganisation des activités de l'HSS ;
- Formation ceinture blanche pour les nouveaux membres de l'exécutif ;
- Rencontre des trois présidentes des conseils et leurs directeurs respectifs ;
- Rencontres des trois présidentes des conseils professionnels ;
- Participation au processus d'agrément, rencontre avec un visiteur de la présidente et de représentants du CII et du CMDP ;
- Participation d'un membre de l'exécutif au comité Web ;
- Déjeuner échange avec les comités interprofessionnels (CIP), le CMPC, les membres de l'exécutif et les directeurs de la DMSH et de la DSM ;
- Rédaction d'un document présentant les retombées positives pour les boursiers et l'organisation des bourses de formation et transmission à la Fondation du CHU de Québec pour la recherche d'un nouveau partenaire financier ;
- Présentation des résultats du sondage du CM et du plan d'action de la DSM et de la DMSH au comité des ressources humaines et des communications du C.A. ;
- Participation au colloque de l'ACMQ et au 1^{er} Forum des associations (4 membres de l'exécutif) ;

- Participation de la présidente et de la vice-présidente aux rencontres des présidents et vice-présidents des CM de la région;
- Participation au comité de sélection des bourses de recherche et des bourses de formation de la Fondation du CHU de Québec et du Groupe Banque TD;
- Participation à l'activité inter conseils faisant la promotion de l'hygiène des mains. Rédaction d'un article dans *Le Chuchoteur* résumant les leçons apprises des membres des conseils;
- Participation de membres de l'exécutif à diverses activités du NCH;
- Rencontre avec la Fondation du CHU de Québec, le CII et le CMDP en vue de maintenir le financement des bourses de formation;
- Rencontre des présidentes des trois conseils professionnels, du PDG et du président du C.A.;
- Tournée des comités interprofessionnels;
- Participation de la présidente à une portion du lac-à-l'épaule de la DSM;
- Rencontre avec des représentants du CECII, du CECMDP et de la DEAU afin d'échanger sur les activités de reconnaissance potentielles des professionnels impliqués dans l'enseignement.

Activités d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Le comité pour le maintien et la promotion des compétences (CMPC)

Onze (11) comités de pairs ont été soutenus par les membres du CMPC, comparativement à deux en 2018-2019. Parmi ceux-ci, 5 comités de pairs réalisés en audiologie, en ergothérapie et aux archives médicales sont terminés et 5 comités en nutrition, en physiothérapie et aux archives médicales sont en voie d'être achevés. Un projet en nutrition est en démarrage. Un suivi des recommandations des comités de pairs terminés a été amorcé en 2019-2020 et sera poursuivi dans un souci de mise en place des meilleures pratiques.

Autres activités d'amélioration des pratiques

Celles-ci sont réalisées par les comités de pratique professionnelle de la DSM et par les coordonnateurs qualité au sein de l'imagerie médicale, des laboratoires et du génie physique.

Activités de reconnaissance et bourses

- Vingt-deux (22) mentions de reconnaissance ont été remises à des professionnels ou groupes de professionnels lors de l'assemblée générale annuelle du CM, dans les catégories Recrue, Ensemble de la carrière, Reconnaissance des usagers, Bon coup/coup de cœur, Collaboration interprofessionnelle, Amélioration des pratiques et Enseignement;
- Cinquante-deux (52) professionnels et techniciens ont présenté au CM des demandes de bourse de formation, individuelle ou en groupe, pour un cumulatif de demandes de 135 297 \$. De ce nombre, 12 bourses, destinées à 14 professionnels, techniciens ou groupes, ont été octroyées pour un total de 30 868 \$, grâce à la Fondation du CHU de Québec et au Groupe Banque TD;
- Pour une deuxième année, les trois conseils se sont associés à l'axe de recherche clinique du Centre de recherche afin d'encourager la recherche clinique parmi leurs membres. Dix bourses ont été octroyées pour un total de 46 500 \$, grâce à la contribution de la Caisse populaire Desjardins et de la Fondation du CHU de Québec. Deux membres du CM ont reçu respectivement une bourse de 5 000 \$;
- Le CECM a remporté le premier prix de la catégorie *Projet* au colloque de l'ACMQ. Le regroupement des trois conseils professionnels avec l'axe de recherche clinique du Centre de recherche, afin de promouvoir la recherche clinique, a été le projet récompensé. Cette collaboration a été initiée par le CECM.

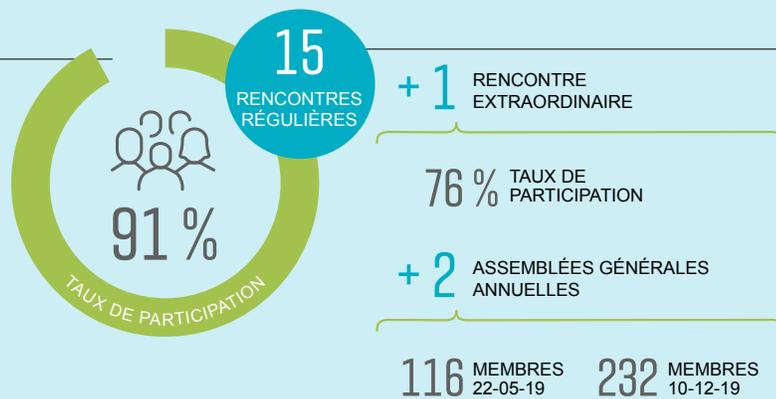
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a comme responsabilités, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Il évalue et s'assure que soit maintenue la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens. De plus, il émet des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à accorder. Il est consulté sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés aux médecins et dentistes par le C.A., lesquelles doivent avoir pour but d'assurer la participation du médecin ou du dentiste aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Le conseil donne aussi son avis sur les mesures disciplinaires à imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien. Il fait également des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments élaborées par chaque chef de département clinique.

Le CMDP s'assure de répondre aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats. Il veille finalement à l'organisation technique et scientifique du CHU et à la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques, ainsi qu'à l'organisation médicale.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité exécutif a tenu 15 rencontres régulières avec un taux de participation de 91 % et une rencontre extraordinaire, avec un taux de participation de 76 %, de même que plusieurs consultations par courriel nécessitant une réponse rapide. Il a également tenu une assemblée générale annuelle, le 22 mai 2019, avec une participation de 116 membres, et une assemblée générale ordinaire, le 10 décembre 2019, avec 232 membres.



AUTRES COMITÉS		TAUX DE PARTICIPATION
Comité d'examen des titres	Nombre de réunions : 7	78 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	Nombre de réunions régulières : 1	69 %
	Nombre de réunion du comité élargi : 3	45 %
Comité de pharmacologie	Nombre de réunions : 10	87 %
Comité de discipline	Nombre de réunions : 1	100 %
Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles	Nombre de réunions : 9	84 %
Comité des dossiers	Nombre de réunions : 10	80 %
Sous-comité des formulaires	Nombre de réunions : 10	91 %
Comité de convenance pharmacologie	Nombre de réunions : 32	89 %
Sous-comité de surveillance des antibiotiques	Nombre de réunions : 8	82 %
Sous-comité de chimiothérapie	Nombre de réunions : 10	81 %
Sous-comité d'anticoagulothérapie	Nombre de réunions : 9	71 %
Sous-comité pour la sécurité de l'insuline et des autres traitements en diabète	Nombre de réunions : 5	78 %
Sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie	Nombre de réunions : 4	78 %

Principales réalisations

Avis, recommandations et appuis :

Formation ACLS/BCLS : Depuis la mise en place de l'obligation pour tous les membres du CMDP d'avoir un BCLS ou ACLS, plusieurs formations ont été offertes. En 2019-2020, il y a eu 5 journées de BCLS dont 171 participants ont bénéficié et 2 journées d'ACLS avec 55 participants. Des démarches auprès de la FMSQ ont permis de faire reconnaître des crédits de formation de classe 3 pour ces formations.

Règlement sur la recherche clinique : Plusieurs rencontres ont eu lieu en 2019 afin de se doter d'un règlement sur la recherche clinique. Ce règlement vise principalement à protéger la mission de recherche, à favoriser le recrutement de médecins avec le statut de chercheur clinicien, à soutenir et à reconnaître leur pratique. Ce règlement a été adopté par le C.A. en mars 2020.

Nouveau complexe hospitalier : Des ateliers de cogestion ont été très productifs au cours de l'année 2019-2020 et nous avons remarqué un travail important de leadership au niveau des médecins et des gestionnaires. Le projet avance dans les délais et certains défis demeurent tels que le code bleu, l'hospitalisation par les spécialistes, les chaises de dialyse.

Comité sur l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (PRO-ACTE) : Le comité Pro-Acte a été restructuré cette année. Avec l'aide de M. Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles, nous avons fait avancer le comité. Nous avons décortiqué les mandats du comité et avons déterminé des responsables pour chacun d'eux. Nous avons également choisi des indicateurs de qualité des soins et avons nommé des responsables experts. Cinq indicateurs ont été retenus lors des consultations.

1. Le *door-to-balloon time* en cardiologie ;
2. Le délai préopératoire pour les fractures de hanches en orthopédie ;
3. Le taux de réadmission à l'urgence dans les 30 jours ;
4. Le taux de césarienne ;
5. Le taux d'infection des plaies post-chirurgicales.

Pour chaque indicateur, une valeur de base et une valeur à atteindre ont été déterminées. Chaque indicateur est surveillé. La performance du CHU est donc évaluée et un plan d'action est mis en place pour améliorer la situation.

D'autre part, toutes les recommandations des PV de mortalités morbidités des différents services ont été analysées et classées. Les recommandations et préoccupations cliniques qui en ressortent ont été classifiées et des demandes de clarifications et d'améliorations ont été faites aux services concernés. Plusieurs services ont déjà pris des mesures pour améliorer les problématiques. Le Comité Pro-Acte devient la courroie de transmission et permet aux services d'avoir des réponses à leurs interrogations, bouclant ainsi la boucle.

Des comités de travail se sont réunis à plusieurs reprises en 2019-2020 afin de travailler sur 3 études de pertinence :

- Que la prescription des immunoglobulines au CHU soit ramenée à la moyenne canadienne d'ici au 31 mars 2020 ;
- Que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) ait publié, avant le 31 mars 2020, son rapport d'évaluation des meilleures pratiques transfusionnelles à implanter dans le cadre d'un programme d'épargne sanguine ;
- Que des guides de priorisation clinique et technique en imagerie par résonance magnétique (IRM) et médecine nucléaire aient été complétés et validés auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, avant le 31 mars 2020.

Certains des services du CHU ont travaillé à l'élaboration d'une étude par critères explicites et, à cet effet, l'implication du Service des archives est un élément facilitateur pour les départements et services.

Visite du Collège des médecins du Québec : Deux inspecteurs du Collège des médecins du Québec (CMQ) ont passé 4 jours en octobre 2019 à évaluer les principales fonctions du CMDP. Plusieurs suggestions ont été émises par les inspecteurs et des demandes particulières au niveau de l'obstétrique et des infections post-chirurgicales ont été faites. Afin de répondre aux exigences du CMQ, des travaux ont été entrepris en 2019-2020 et se poursuivent actuellement.

Hygiène des mains : Plusieurs services ont nommé des représentants responsables de l'hygiène des mains. Des formations ont été données par la PCI et une formation en ligne a été développée. Plusieurs tournées d'accompagnement ont été faites en présence de la PCI.

Soins intensifs : La couverture médicale des soins intensifs est une responsabilité partagée entre l'établissement et l'ensemble des départements et services cliniques. Un nouveau règlement sur la gestion des effectifs médicaux en soins intensifs adultes a été adopté par le C.A. en septembre 2019.

Titre universitaire : En suivi de l'obligation des membres du CMDP d'avoir un titre universitaire, des démarches ont été entreprises auprès de la Faculté de médecine dentaire afin que les dentistes puissent faire les mêmes démarches que les médecins et pharmaciens.

Loi de Vanessa : Une présentation a été faite lors de l'assemblée générale du CMDP en décembre 2019 ainsi qu'au comité Pro-acte du 21 janvier 2020. Par la suite, un communiqué a été transmis aux médecins et un professionnel a été embauché pour assurer le suivi de ces demandes et offrir de la formation aux médecins.

Mise à jour des règlements de département et service : Le gabarit des règlements de service et de département a été modifié et contient maintenant une section spécifique à la qualité de l'acte.

Règlement sur le recrutement des médecins spécialistes

et des dentistes : Le recrutement de nouveaux médecins ou dentistes est variable d'une spécialité à l'autre et le CHU s'est doté d'un processus permettant tout autant de favoriser le recrutement dans des spécialités en découverte pour lesquelles les

candidatures admissibles sont rares, que d'offrir un encadrement cohérent du recrutement pour les postes où plusieurs candidatures admissibles sont à considérer. À cet effet, le règlement sur le recrutement des médecins spécialistes et des dentistes a été adopté par le C.A. en juin 2019.

NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (AU 31 MARS 2020)	
LES OFFICIERS	
Dre Valérie Gaudreault, présidente	Hôpital Saint-François d'Assise
Dr Jean Beaubien, 1 ^{er} vice-président	L'Hôtel-Dieu de Québec
Dr Patrice Montminy, 2 ^e vice-président	Hôpital Saint-François d'Assise
Dr Jean Archambault, secrétaire	L'Hôtel-Dieu de Québec
Dr Bruno Godbout, trésorier	Hôpital du Saint-Sacrement
LES CONSEILLERS	
Dr Jean-Marc Côté	CHUL
Dre Marie-Claire Denis	CHUL
Dr Richard Desbiens	Hôpital de l'Enfant-Jésus
Dre Louise Lacerte	Hôpital Saint-François d'Assise
Dr Jacques Mailloux	CHUL
Dr Jean Morneau	Hôpital de l'Enfant-Jésus
Mme Marie-Claude Racine	Hôpital du Saint-Sacrement
Dr Luc Vaillancourt	L'Hôtel-Dieu de Québec
Dre Annie-Claude Valcourt	Hôpital de l'Enfant-Jésus
Dre Julie Lemay	Hôpital du Saint-Sacrement
LES MEMBRES D'OFFICE	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
Dr Yvan Douville	Représentant de la Faculté de médecine
Dr François Lauzier	Représentant du CMDP au C.A.
Dr Stéphane Bergeron	Directeur des services professionnels

Comité des usagers

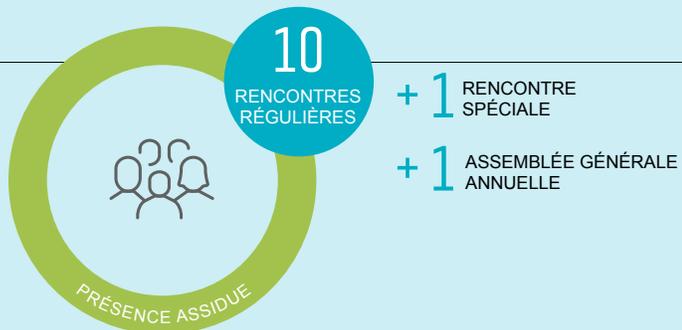
Le mandat du comité des usagers est circonscrit par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Le comité des usagers doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité, de leurs droits et de leurs libertés. Ils sont l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité de leurs conditions de vie et l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus constituent les assises des actions du comité. Ils doivent avoir une préoccupation particulière envers les usagers les plus vulnérables et travailler à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des usagers.

Fonctions du comité des usagers

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations.
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus par l'établissement.
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande de ceux-ci, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente.
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter plainte.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité des usagers a tenu dix rencontres régulières, une rencontre spéciale et son assemblée générale annuelle. Les membres du comité assurent une présence assidue aux diverses rencontres, aux comités de travail ainsi qu'à toutes les activités où les membres sont sollicités, que ce soit par le comité lui-même ou par l'établissement.



NOM

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS (AU 31 MARS 2020)

Mme Marielle Philibert, présidente

Sr Huguette Michaud, vice-présidente

Mme Lucie Voyer, secrétaire

M. René St-Pierre, trésorier

Mme Estelle Bourque

M. Gabriel Dubois

M. Michel Dumas

Mme Danielle Giroux

M. Éric Hufty

Mme Hélène Jobin

Mme Danièle Marcoux

Mme Renée Morin

Principales réalisations

- La tenue de cinq journées clientèles auprès des usagers dans les cinq sites de l'établissement.
- La présentation de trois conférences Grand public en collaboration avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- La réalisation d'activités d'information et de sensibilisation sur le partenariat patient-proche-soignant lors de la semaine des droits des usagers.
- La réalisation d'une évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec les services obtenus lors des consultations dans les services ambulatoires, pendant le Mois Promotion Qualité, par les membres du comité des usagers dans les cinq sites du CHU de Québec-Université Laval.
- La représentation des usagers sur de nombreux comités de l'établissement.
- Le maintien et l'affirmation de son service d'assistance et de soutien auprès des usagers à partir de ses services téléphoniques et de courriels.

Comité d'éthique de la recherche

Le CER a pour mandat de protéger les participants à la recherche, de veiller au respect de leur dignité, de leur sécurité et de leur bien-être, et d'assurer les respects de leurs droits.

En tant que comité désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec, le CER est habilité à approuver les projets de recherche menés avec des personnes mineures et des majeurs inaptes.

Le comité évalue les projets de recherche en conformité avec ce mandat. Conséquemment, le CER a le pouvoir d'approuver, de modifier et de refuser un tel projet. Il peut également demander d'en arrêter la poursuite. Pour ce faire, il prend en considération les règles établies dans le Cadre conceptuel en éthique du CHU de Québec-Université Laval, par les organismes qui financent la recherche universitaire au Québec et au Canada, les exigences déontologiques des organismes professionnels, les lois et les politiques gouvernementales canadiennes et québécoises, ainsi que les codes d'éthique internationaux.

Le comité n'entend cependant pas se substituer aux responsabilités des chercheurs et des professeurs qui encadrent les travaux de maîtrise et de doctorat, mais plutôt les sensibiliser aux questions éthiques soulevées par la recherche et leur donner le support nécessaire au plan de l'information et de la formation en éthique de la recherche. Dans cette perspective, le comité en collaboration avec l'équipe conseil en éthique, doit susciter la réflexion et la discussion au sein de l'établissement en organisant des rencontres entre les différents acteurs impliqués dans la recherche, les personnes et les groupes préoccupés par les questions éthiques.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité d'éthique de la recherche a tenu 39 réunions plénières et deux réunions extraordinaires.



NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (AU 31 MARS 2020)	
Me Édith Deleury	Présidente-coordonnatrice, membre détenant une expertise juridique
Dr Yves Giguère	Vice-président, membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Ana Marin	Vice-présidente, membre détenant une expertise en éthique, scientifique et biomédicale
M. François Pouliot	Vice-président, membre détenant une expertise en éthique, scientifique et biomédicale
Mme Manon Arpin	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Chantale Audet	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Émilie Beaulieu	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Amélie Beausoleil	Membre représentant la collectivité
Mme Marie-France Boudreault	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Maxime Chénard-Poirier	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Paul Chênevert	Membre détenant une expertise juridique
Mme Romy Chevalier	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Dre Julie Côté	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Yvan Desrochers	Membre représentant la collectivité
Mme Caroline Diorio	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Dr Régen Drouin	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Audrey Durand	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Amélie Dussault	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. André Duval	Membre détenant une expertise en éthique
Mme Marianne Émond	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Micheline Fortin	Membre représentant la collectivité
Mme Dominique Fréchette	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Dre Pascale Gervais	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Lucie Girard	Membre détenant une expertise en éthique
Mme Dominique Goulet	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Anne-Catherine Hatton	Membre détenant une expertise juridique
Dr Samer Hussein	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Lydia Lavastre	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Flavie Lavoie-Cardinal	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Élise Lavoie-Talbot	Membre détenant une expertise juridique
Mme Hélène Levasseur	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Caroline Maltais	Membre détenant une expertise en éthique et juridique
Dr Jacques Massé	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Dre Karine Michaud	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Marie-Claude Pelland-Marcotte	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Vincent Raymond	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Dr Andrew Toren	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Tuong-Vi Tran	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Caroline Tremblay	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
Mme Sonia Waite	Membre représentant la collectivité

Principales réalisations

Principales réalisations

- Nouveau projets évalués CER : 184 ;
 - Monocentrique éthique interne : 132 ;
 - Multicentrique éthique interne : 53 ;
 - Article 21 : 12 ;
 - Projets étudiés en accéléré : 114 ;
 - Projets acceptés tel quel : 45 ;
 - 33 établissements ont reconnu notre évaluation éthique et autorisé la recherche dans leur établissement ;
 - Multicentrique éthique externe : 88 ;
- Conflits déclarés par les membres = 7 ;
- Demande de suivis passifs continus = 3 068 ;
- Projets actifs dans l'établissement = 1 548 ;
- Demandes d'avis déposés = 98 ;
 - 63 se sont avérées des projets de recherche exemptés de l'évaluation du CER ;
 - 24 ont été considérés comme des projets de recherche ;
 - 10 étaient des demandes d'information ;
 - 1 étude de cas.
- À la suite de l'adoption du décret d'urgence sanitaire adopté par le gouvernement lié à la pandémie, et conformément à l'Annexe 3 de son *Règlement de régie interne et de fonctionnement*, le comité a adopté et mis en œuvre un plan de continuité des services du CER en contexte d'urgence et créé un comité *ad hoc* à cet effet. Le comité a établi un ordre de priorité pour l'évaluation des projets et ajouté deux réunions flottantes par semaine à son calendrier ainsi qu'une quatrième réunion plénière régulière ;
- Le comité a par ailleurs recruté de nouveaux membres et enrichi notamment son expertise dans deux secteurs de pointe, la génétique et l'intelligence artificielle ;
- Le 9 mai 2019, comme dans les années précédentes, notre CER a organisé conjointement avec les comités d'éthique de l'Université Laval une journée de formation ayant pour thème *Données massives et intelligence artificielle : de nouveaux enjeux pour les CER*.

Comité d'éthique clinique

Selon le *Règlement sur les règles de fonctionnement du Comité d'éthique clinique du CHU de Québec*, adopté le 10 février 2014, l'objectif général poursuivi par la création du Comité d'éthique clinique est d'améliorer la qualité des soins de santé en facilitant la résolution des problèmes éthiques dans le cadre de la pratique clinique. Ces problèmes éthiques peuvent provenir des patients, familles, professionnels de la santé ou administrateurs du CHU.

À cet objectif général s'ajoutent quelques objectifs spécifiques :

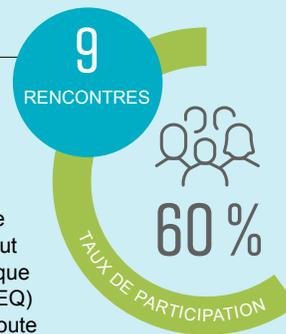
- Offrir de la formation continue en éthique clinique;
- Mettre en place une banque de données où les données essentielles des consultations en éthique seront colligées afin de permettre l'évaluation des activités et la recherche;
- Assumer un « leadership » régional, national et international en ce qui a trait aux meilleures pratiques cliniques;
- Collaborer aux processus d'agrément du CHU de Québec-Université Laval. Développer un partenariat facultaire dans le cadre de l'agrément des programmes de formation.

Comme il était prévu dans ce même Règlement, une révision de celui-ci a été entreprise en tenant compte des nouvelles orientations en éthique contenues dans le *Cadre conceptuel en éthique du CHU de Québec-Université Laval* adopté le 5 février 2018.

Faits saillants

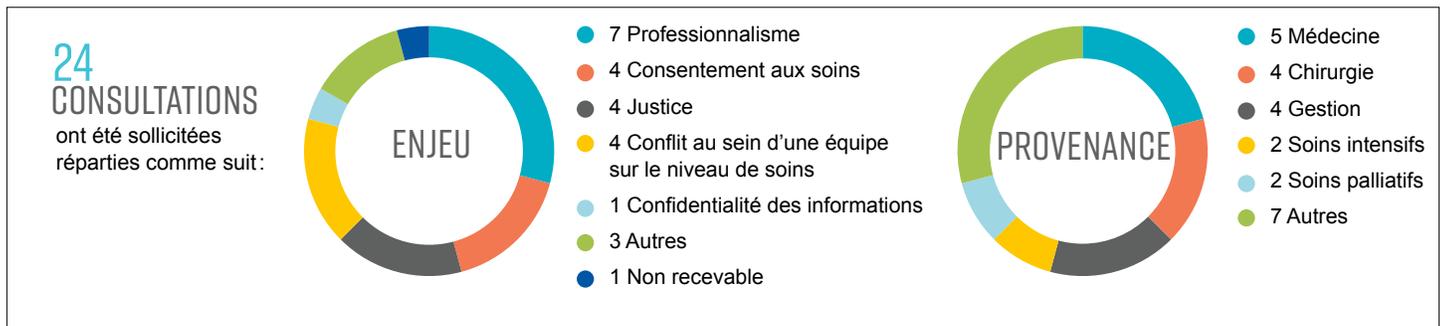
Au cours de la dernière année, le comité d'éthique clinique a tenu neuf rencontres, avec un taux de participation global des membres de 60 %. Un ou deux observateurs étaient habituellement présents à chacune des rencontres.

L'année 2019-2020 a permis à l'éthique clinique de développer son offre de service en accueillant deux nouveaux conseillers en éthique. Cet ajout de personnel a aussi permis de s'inscrire dans différents réseaux d'éthique clinique, notamment celui de la Direction de l'éthique et de la qualité (DEQ) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). De plus, en toute fin d'année, la pandémie a été l'occasion de collaborer à la réflexion et à la mise en place de structures pour un éventuel triage.



NOM	SPÉCIALITÉ
COMPOSITION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE (AU 31 MARS 2020)	
Dr Pierre J. Durand	Gériatrie (président)
Dre Virginie Bibeau	Soins intensifs
Mme Alexandra Bolduc	Représentante du conseil multidisciplinaire
Mme Hélène Gagnon	Représentante du public
Dr François Leblanc	Soins intensifs
Dr Vincent Laroche	Hématologie
Mme Antissar Lemzouri	Représentante du conseil des infirmières et infirmiers
Dre Anne Paquette	Soins palliatifs
Dr Louis-Denis Poulin	Néphrologie
M. François Pouliot	Conseiller en éthique
Mme Martine Tremblay	Intervenante en soins spirituels, Centre Spiritualitésanté

Principales réalisations



En plus des consultations, plusieurs activités de formation ont été offertes dans notre milieu :

- **Le 1^{er} avril 2019**
Conférence–midi du conseil multidisciplinaire en visioconférence sur le thème *Ma fin de vie, On en parle*, avec présentation par Mme Stéphanie Therrien de l'instrument de sensibilisation accessible sur l'Intranet du CHU.
- **Le 4 avril 2019**
Atelier de formation dans le cadre de la semaine nationale de l'éthique en santé et des rencontres du Département de médecine du CHU intitulé *Les enjeux éthiques liés aux relations interculturelles dans le contexte de la fin de vie* avec Mmes Pascale Boudreault, physiothérapeute, Nathalie Jacques, psychologue, Stéphanie Therrien, éthicienne et M. François Pouliot, éthicien. Plus de 40 participants sur place avec des participants du CHUM en ligne.
- **Le 9 octobre 2019**
Activité de formation intitulée *Principes éthiques et enjeux moraux* avec les résidents du programme de soins intensifs adultes de l'Université Laval, organisée et donnée par Dre Virginie Bibeau.
- **Le 16 octobre 2019**
Activité de formation intitulée *Déontologie médicale et éthique professionnelle* avec les résidents du programme de soins intensifs adultes de l'Université Laval, organisée et donnée par Dre Virginie Bibeau.
- **Le 19 juin 2019**
Activité de formation avec les résidents de chirurgie et Dre Brigitte Poirier, organisée et donnée par Mme Stéphanie Therrien, M. François Pouliot et Dre Pascale Gervais.
- **31 janvier 2020**
Activité de formation avec les résidents de neurochirurgie et Dre Karine Michaud portant sur la grille d'analyse éthique, le consentement, les niveaux de soins et les soins de fin de vie.
- **12 mars 2020**
Debriefing en neurochirurgie au sujet d'un patient étranger ayant nécessité la collaboration de plusieurs services du CHU : enjeux ; consentement substitué, collaboration entre services, interprètes et finances.
- **En cours d'année**
Plusieurs chroniques en éthique dans *Le Chuchoteur*.

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

Objectifs prioritaires 2019-2020

Quatre grandes priorités annuelles ont été définies pour l'année 2019-2020.



De ces priorités découlent 21 objectifs prioritaires qui sont mesurés à l'aide de 32 indicateurs. Parmi ces 32 indicateurs, 7 cibles (22 %) ont été atteintes alors que 24 autres sont en amélioration (75 %).

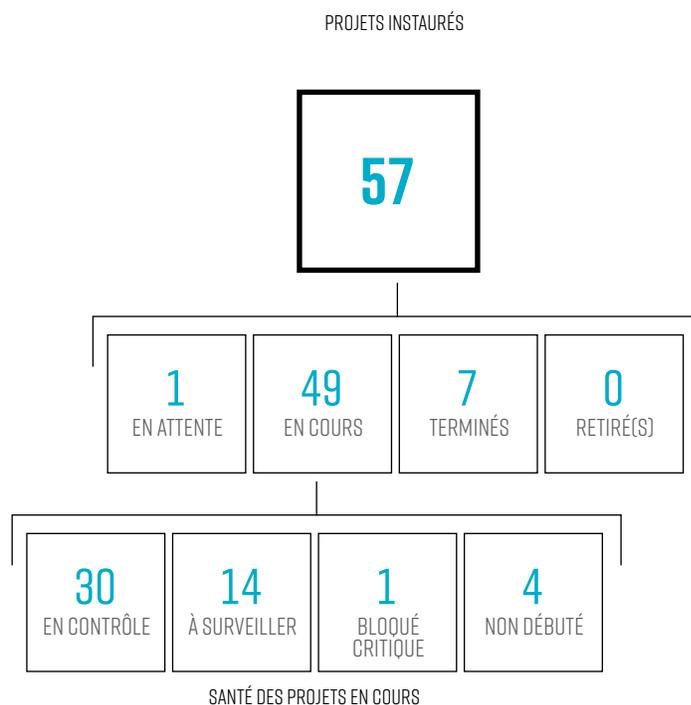
21 OBJECTIFS PRIORITAIRES



- 22 % cibles atteintes
- 75 % cibles en amélioration

Quelque 57 projets ont été instaurés afin d'atteindre les objectifs fixés. Le bilan en fin d'année se présentait ainsi :

PORTEFEUILLE DES PROJETS PRIORITAIRES 2019-2020



Il est à noter que la plupart des projets se déroulent sur plus d'une année, ce qui explique un taux d'avancement plus faible pour certains d'entre eux. Bien que ceux-ci ne soient pas tous terminés, les efforts investis produisent des résultats favorables, comme le démontrent nos indicateurs. De surcroît, la préparation à la pandémie et son arrivée nous ont obligés à mettre sur pause plusieurs de nos projets.

Un état d'avancement des objectifs prioritaires se retrouve dans les pages suivantes.

PRIORITÉ 1

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

OBJECTIF 1

Consultation *En mode solutions*



- a) **Mettre en place au moins trois initiatives convenues aux états généraux de septembre 2019 en suivi de la consultation *En mode solutions* pour les trois catégories d'emplois priorités (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) d'ici au 31 mars 2020.**

Afin de trouver des solutions réalistes, nouvelles et durables pour contrer la rareté d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) a réalisé une grande consultation. Diverses rencontres ont été organisées afin de recueillir les idées des employés concernés. Les quelque 315 idées différentes reçues ont été compilées et analysées. En octobre, un grand rassemblement a permis de prioriser et d'organiser la mise en application des initiatives retenues.

- **Reconnaissance** (degré d'avancement du projet : 50 %)

Une politique de reconnaissance est en cours d'élaboration. Elle a pour objectif de promouvoir une culture de reconnaissance auprès des intervenants du CHU, dont le personnel concerné par la démarche *En mode solutions*. D'autres projets sont également en branle, dont des ententes pour faciliter l'achat d'uniformes aux couleurs du CHU, l'aménagement des salles de repos ou encore des partenariats avec les garderies à proximité des établissements.

- **Accueil intégration et gestion de carrière** (degré d'avancement du projet : 25 %)

Plusieurs actions ont été réalisées afin de mettre en place un « réseau d'accueil des nouveaux collègues » au sein de chacune des unités de soins, dont un appel de candidatures auprès du personnel ainsi que la préparation du contenu des formations. La COVID-19 a retardé le lancement de cette innovation.

- **Gestion des horaires** (degré d'avancement du projet : 25 %)

Le projet pilote de gestion des horaires à l'Hôpital Saint-François d'Assise a permis d'identifier certaines limites de nos processus qu'il faudra transformer. Ce projet avait pour objectif principal de faire connaître l'horaire en avance aux employés et d'offrir la possibilité à ceux-ci de s'exprimer sur l'horaire proposé.

- b) **Évaluer la démarche réalisée d'ici au 31 janvier 2020 et initier une démarche de même type pour d'autres catégories d'emplois et secteurs de l'établissement (services diagnostics, services de soutien expert, par exemple) d'ici au 31 mars 2020.**

- **Évaluation de la démarche pour les autres catégories d'emploi**

(degré d'avancement du projet : 25 %)

Des démarches de planification de la main-d'œuvre sont également réalisées pour plusieurs autres titres d'emploi : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, orthophonistes, audiologistes, intervenants en soins spirituels, nutritionnistes et techniciens en nutrition ; préposés à l'hygiène et salubrité, préposés à l'alimentation et mécaniciens de machinerie fixe ; techniciens de laboratoire, de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie ; agents administratifs et secrétaires médicales ; assistants techniques en pharmacie. En incluant la démarche *En mode solutions*, ce sont ainsi 87 % des titres d'emploi qui font l'objet d'un plan d'action.

- **Initier une démarche de même type pour les autres catégories d'emploi et secteurs de l'établissement** (degré d'avancement du projet : 0 %)

Cet objectif n'a pu être réalisé et est en redéfinition.

OBJECTIF 2

Analyse des risques psychosociaux

Implanter dans les 16 services identifiés les priorités définies lors de la démarche des risques psychosociaux d'ici le 31 mars 2020.

- **Implantation des activités prioritaires 2019-2020** (degré d'avancement du projet : 75 %)

D'une part, l'implantation du plan d'action s'est poursuivie dans les huit secteurs analysés en 2018-2019. D'autre part, une analyse a été réalisée pour cinq nouveaux secteurs, dont trois en sont maintenant à la phase de suivi et d'implantation.

L'état d'avancement des actions prioritaires dans les secteurs ciblés est de 73 %. Parmi ces actions, mentionnons l'achat d'équipements, la mesure de la charge de travail ou encore la révision des processus pour les demandes de congé et l'aménagement des horaires de travail.

La démarche a eu un impact positif sur la mobilisation du personnel, le développement des pratiques de gestion, l'augmentation de la présence au travail et l'amélioration des mesures préventives pour les risques physiques. Les améliorations se reflètent aussi sur les ratios d'heures en assurance-salaire et les taux de CNESST des secteurs ayant réalisé la démarche. Des recommandations ont été faites concernant les risques psychosociaux les plus fréquents (charge de travail, conciliation travail/vie personnelle, absentéisme) en vue d'établir des mesures organisationnelles qui permettraient de les atténuer.

OBJECTIF 3

Rétention du personnel

Cet objectif a été fusionné avec l'objectif 1, soit la démarche *En mode solutions*.

PRIORITÉ 2

ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

OBJECTIF 1

Chantier accès

Chantier accès vise à améliorer l'accès aux services pour le patient par l'entremise de trois volets, soit le centre de répartition des demandes de service (CRDS), les centres de rendez-vous (CRV) par spécialité et la gestion unifiée des rendez-vous en imagerie médicale.

1.1- Volet centres de rendez-vous

La majorité des spécialités offertes dans le CHU le sont dans plusieurs hôpitaux, ce qui complique l'attribution des rendez-vous et la gestion de ceux-ci. Par exemple, pour un même motif de consultation, le délai d'attente, la préparation pour le rendez-vous ainsi que la durée de l'examen peuvent considérablement varier d'un hôpital à un autre. Afin d'assurer un accès équitable selon la condition clinique de chaque patient et de faciliter la prise de

rendez-vous, le CHU a mis sur pied un centre de rendez-vous pour chaque spécialité. Ainsi, il n'y a maintenant qu'un seul numéro de téléphone pour prendre rendez-vous dans une spécialité. Les agentes administratives attribuent des rendez-vous dans tous les hôpitaux qui offrent le service demandé. L'accueil des patients est encore fait dans chacun des hôpitaux où se déroulent les consultations. Au final, il y aura 29 « portes d'entrée », soit une par spécialité, plutôt que les 120 qui existaient auparavant.

a) Services ambulatoires spécialisés

Déployer sept nouveaux centres de rendez-vous dans les spécialités médicales prioritaires (rhumatologie, physiothérapie, chirurgie vasculaire, immunologie, infectiologie, neurologie et urologie) d'ici le 31 mars 2020.

- **Rhumatologie** (degré d'avancement du projet : 100 %)
- **Physiatrie** (degré d'avancement du projet : 100 %)
- **Hémato-oncologie** (degré d'avancement du projet : 100 %)

Ces trois centres de rendez-vous ont été créés et ouverts avec succès en cours d'année.

Des travaux ont également été menés pour quatre autres spécialités au cours de l'année et seront achevés au cours des prochains mois :

À la suite des apprentissages des premiers centres de rendez-vous, l'équipe du *Chantier accès* a demandé un repositionnement du projet au comité exécutif de direction. Ce repositionnement tenait compte de l'impact du projet sur les ressources, de l'impact de la transformation sur les équipes, des compétences requises par les acteurs clés du *Chantier accès* et des conditions de succès pour soutenir cet important chantier. Le comité exécutif de direction a accordé un an de plus à l'équipe pour atteindre les objectifs, et un an pour récupérer le retard induit par le déploiement des phases ministérielles du projet et les enjeux des deux grands centres de rendez-vous déployés en amorce de projet.

L'équipe du *Chantier accès* a poursuivi ses travaux de concert avec la direction de la cancérologie et la direction médicale des services hospitaliers pour définir la vision de l'accès en oncologie. Cet exercice vise à revoir nos modes de pensées en matière d'accès oncologiques en simplifiant l'accès pour le patient et en intégrant nos services entre eux. L'expérience des patients partenaires a permis de centrer nos actions vers le soutien réel de nos patients.

▪ **Neurochirurgie** (degré d'avancement du projet : 50 %)

Les travaux de l'équipe médicale sont en cours, notamment pour le bordereau de priorisation, la rédaction de la règle d'utilisation des ressources et l'algorithme décisionnel en soutien à l'attribution des rendez-vous.

Ce projet est réalisé conjointement avec l'équipe de l'imagerie afin de rendre la dotation des rendez-vous flexible et agile en assurant la dotation du rendez-vous médical et de l'imagerie par résonance magnétique par la même personne. Ce projet pilote est suivi avec attention puisque c'est la pierre angulaire de notre accès en oncologie.

▪ **Radio-oncologie** (degré d'avancement du projet : 20 %)

Ce projet d'envergure a été ajouté à la séquence du *Chantier accès* en réponse aux besoins spécifiques de l'ouverture de notre centre intégré de cancérologie, une des premières composantes du projet de nouveau complexe hospitalier. Le volet de développement de l'outil de planification des traitements afin de soutenir le fonctionnement temporaire sur deux sites (CIC et L'HDQ) a grandement évolué.

Le centre de rendez-vous est en définition pour cette équipe qui intègre, avec un fonctionnement déjà optimal, la grande équipe du CIC. La clarification des visions et l'arrimage avec le déroulement actuel et projeté des opérations fût la première étape franchie. L'équipe dédiée développe les outils nécessaires à la mise en place de leur centre de rendez-vous personnalisé.

▪ **Urologie** (degré d'avancement du projet : 10 %)

La première phase a mis en lumière la complexité de cette spécialité. Nous évaluons le mode de fonctionnement optimal à mettre en place afin de faciliter l'orientation des clientèles vers le meilleur lieu de soins en respect du besoin clinique. C'est le mode de collaboration avec les cabinets privés qui soutient ces travaux pour assurer une utilisation optimale des ressources de notre région.

▪ **Neurologie** (degré d'avancement du projet : 0 %)

Pour cette spécialité, la séquence a été revue. Le démarrage a été reporté au 21 juillet 2020 et l'ouverture est prévue pour le 12 avril 2021.

b) Centres de rendez-vous mis sur pied

Assurer la prise en charge de 85 % des premières demandes de consultations de 28 jours et moins (priorités A, B et C) dans les délais cliniques prescrits pour les centres de rendez-vous déployés en 2018-2019, d'ici au 31 mars 2020.

Pour atteindre cet objectif, les travaux ont été multiples et touchaient l'arrimage de nos modes de fonctionnement de façon plus précise avec le centre régional de répartition des demandes, la transmission des données de l'attente aux équipes médicales de façon trimestrielle et les travaux de compréhension de l'attente et des impacts de l'activité clinique sur l'accès. Un plan d'action a par ailleurs été élaboré pour réaliser l'évaluation de l'offre médicale et assurer la pertinence de nos consultations.

▪ **Désanticoagulation en gastroentérologie**

(degré d'avancement du projet : 25 %)

Ce projet régional a pour objectif d'augmenter la qualité des procédures et la sécurité des clientèles anticoagulées qui ont un examen endoscopique. Il a débuté avec un projet pilote dédié à trois groupes de médecine de famille (GMF) de la région et s'est étendu à l'ensemble des GMF.

Les travaux se poursuivent afin d'intégrer les références provenant des spécialistes au projet.

▪ **Optimisation des salles d'endoscopie digestive**

(degré d'avancement du projet : 50 %)

Afin de soutenir l'accès à nos clientèles, un travail d'harmonisation des pratiques et de révision de notre planification a permis d'augmenter l'accès pour les clientèles du programme québécois de dépistage colorectal tout en assurant la qualité de l'accès pour les clientèles relevant de nos missions.

- **Offre de service harmonisée en diabète**

(degré d'avancement du projet: 25 %)

La réalisation de ces travaux est soutenue par la mise en place d'un comité clinique interdisciplinaire en diabète au CHU. Ce comité a permis d'établir une vision commune des différents spécialistes assurant la prise en charge de ses clientèles.

Les travaux se poursuivent pour convenir d'une offre de service commune arrimée avec les projets régionaux sur le diabète.

- **Préparation des patients aux examens en soins ambulatoires** (degré d'avancement du projet: 0 %)

Ce projet n'a pu être réalisé considérant l'absence de capacité des acteurs requis. Ceux-ci étant notamment sollicités par les autres aspects du *Chantier accès*.

- **Implantation du tableau de bord régional**

(degré d'avancement du projet: 100 %)

- La révision de la trajectoire de soins des usagers exigeant un NSA, en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, permet au CHU de mieux gérer l'épisode de soins et l'orientation des usagers en NSA dans la région. L'implantation des équipes d'organisation de soins et de services (ÉOSS) a contribué à un meilleur arrimage entre les services d'urgence et les unités de soins, à une optimisation des pratiques de collaboration interprofessionnelle et à une amélioration de la gestion des équipes de soins par les équipes soignantes.

- Le tableau de bord régional permet de connaître toutes les données relatives aux patients en NSA dans la région de la Capitale-Nationale et de suivre l'évolution de la situation en temps réel.

1.2- Volet imagerie médicale

Déployer trois modalités du chantier d'amélioration de l'accès en imagerie médicale (échographie, résonance magnétique et médecine nucléaire) d'ici le 31 mars 2020.

- **Échographie** (degré d'avancement du projet: 0 %)

- **IRM** (degré d'avancement du projet: 60 %)

- **Planification – médecine nucléaire** (degré d'avancement du projet: 75 %)

Les centres de rendez-vous en imagerie médicale sont en cours de relocalisation à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôpital Saint-François d'Assise. L'harmonisation des processus de travail ainsi que l'unification des guides cliniques se poursuivent (voir Priorité 3, objectif 4c - page 65)

OBJECTIF 2

Patients exigeant un niveau de soins alternatif (NSA)

Adopter de nouvelles stratégies pour les patients exigeant un niveau de soins alternatif (NSA) avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour diminuer l'utilisation des lits pour NSA à 8 % à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à 18 % à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à 9 % à l'Hôpital Saint-François d'Assise d'ici au 31 mars 2020.

- **Implantation des équipes d'organisation de soins et de services (ÉOSS) à l'Hôpital du Saint-Sacrement** (degré d'avancement du projet: 100 %)

- **Implantation des équipes d'organisation de soins et de services (ÉOSS) à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus** (degré d'avancement du projet: 25 %)

- **Adopter les nouvelles stratégies en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale** (degré d'avancement du projet: 50 %)

OBJECTIF 3

Urgence 24 heures sans admission

Réduire de 25 % le nombre de patients sur civière à l'urgence de plus de 24 heures sans demande d'admission dans les urgences de l'Hôpital Saint-François d'Assise, de l'Hôpital du Saint-Sacrement et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus d'ici au 31 mars 2020.

- **Réduction du nombre de patients sur civière non admis aux urgences** (degré d'avancement du projet: 25 %)

Les stratégies pour atteindre l'objectif sont de privilégier une orientation (congé ou admission) du patient plus précocement et d'éviter l'observation des patients à l'urgence.

Les assistantes-infirmières-chefs ont exercé une vigie constante auprès des équipes médicales et des consultants afin d'évaluer les possibilités d'admission et de congé pour chaque patient afin que l'on ne dépasse pas le délai de 24 heures. Des interventions ponctuelles ont été réalisées auprès de l'équipe médicale pour certaines orientations plus complexes.

Un plan d'action a été mis en place dans les trois urgences ciblées, mais il n'a pas été complètement réalisé et n'a pas produit les résultats escomptés. L'indicateur devra être révisé pour permettre d'identifier des actions plus ciblées et être plus efficaces.

Autres réalisations qui améliorent l'accès aux services

Plusieurs autres projets menés par des équipes du CHU ont une incidence positive sur l'accès aux soins et aux services. Parmi ces projets, mentionnons...

NOUVELLES UNITÉS DE SOINS

- **Unité des soins palliatifs à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus**



Dans la foulée des travaux du nouveau complexe hospitalier, certaines ailes de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus sont rénovées. Parmi ces rénovations, notons qu'en avril 2019, l'unité des soins palliatifs a été déménagée dans une unité rénovée qui lui est entièrement dédiée.

- **Unité de cardiologie et de soins coronariens au Centre hospitalier de l'Université Laval**



Les patients admis en cardiologie et aux soins intensifs coronariens du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) sont, depuis la fin août 2019, accueillis dans une unité de soins totalement revampée et à la fine pointe de la technologie. Plus grandes, mieux fenestrées, climatisées et équipées de toilettes adaptées aux besoins de personnes en perte d'autonomie, six chambres privées et six chambres doubles ont été aménagées pour optimiser le confort des patients et satisfaire les besoins cliniques.

- **Unité satellite d'hémodialyse aux Îles-de-la-Madeleine**

Le CHU a participé à la mise sur pied de l'unité satellite d'hémodialyse des Îles-de-la-Madeleine, laquelle a été inaugurée en juillet 2019. Cette nouvelle unité porte à cinq le nombre d'installations de ce type actuellement soutenues par le CHU qui, en vertu de son mandat suprarégional pour l'Est-du-Québec, forme du personnel soignant et fournit de l'expertise pour des téléconsultations ou pour le suivi de cas complexes. La gestion du service est cependant assurée localement par le CISSS des Îles. Ces soins de suppléance rénale évitent à des dizaines de personnes des déplacements, trois fois par semaine, de leur région vers l'Hôtel-Dieu de Québec.

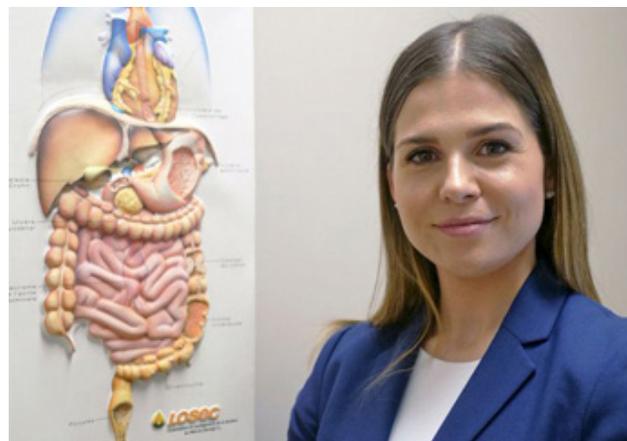
- **Unité d'hémodialyse dans Portneuf**



Le CHU a participé, en décembre 2019, à l'ouverture des services d'hémodialyse à l'Hôpital régional de Portneuf. Ces installations temporaires viennent remplacer le service qui était offert aux patients de la région de Portneuf, depuis 18 ans, à bord d'une unité mobile équipée à cette fin.

NOUVEAUX SERVICES

- **Nouveau traitement contre le cancer**



L'équipe d'oncologie digestive du CHU a mis en place, au début de l'année 2020, un nouveau traitement pour les patients atteints des cancers de l'appendice, colorectal et du péritoine (mésothéliome) de stade IV : la chirurgie de cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique intra péritonéale (CHIP). Chez certains patients, ce traitement permet une rémission qui n'était pas envisageable avant cette procédure chirurgicale. Le CHU est devenu le troisième centre hospitalier au Québec à offrir ce traitement.

• Ouverture d'une sixième hôtellerie



Photo: Résidences Québec

Dans la foulée de la reconversion de la Maison Vilar dont le CHU s'est porté acquéreur en octobre 2019, le CHU a conclu avec la Fondation québécoise du cancer un partenariat qui lui permettra d'ouvrir une sixième hôtellerie hospitalière au Québec, la plus grande de son réseau. L'ouverture de l'installation est prévue pour janvier 2021.

• TEP Scan et IRM de nuit

Le CHU a continué d'améliorer son offre de service en imagerie médicale avec l'entrée en fonction d'un numériseur ultra-performant en médecine nucléaire et le déploiement intégral des services de résonance magnétique pendant la nuit depuis l'automne 2019.

• Merendre.ca maintenant l'Hôpital du Saint-Sacrement



En novembre 2019, le CHU a lancé la deuxième phase de sa plateforme merendre.ca pour l'Hôpital du Saint-Sacrement. Cet outil innovateur, qui était offert depuis un an au CHUL, permet de faciliter les déplacements de la clientèle en offrant un plan interactif accessible sur téléphone intelligent et tablette.

Inaugurée en 1971, la salle de réveil du bloc opératoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise avait besoin de nombreuses améliorations. Des travaux ont été effectués pendant l'été 2019, et les patients bénéficient maintenant de plus de confort, d'un accès amélioré aux cloches d'appels et de plus d'intimité grâce à l'optimisation de l'espace entre les civières et à l'installation de rideaux. Le personnel clinique, quant à lui, profite de plus d'espace et de commodités pour effectuer son travail auprès du patient. De plus, le réaménagement permet de circuler plus facilement avec les civières et la réserve de matériel a été réaménagée selon une disposition plus fonctionnelle des fournitures.

• Salle hybride de chirurgie vasculaire au Centre d'excellence des maladies vasculaires

La salle hybride de chirurgie vasculaire du Centre d'excellence des maladies vasculaires du CHU a été inaugurée en décembre 2019. En se dotant de cette salle de chirurgie avant-gardiste, le Centre d'excellence des maladies vasculaires consolide son rôle de leader dans le domaine et continuera d'offrir une expertise de pointe à toute la clientèle de l'Est-du-Québec. Cette nouvelle salle de chirurgie est dite « hybride », car elle offre la possibilité de pratiquer des chirurgies vasculaires avancées en les couplant à des techniques d'imagerie per-opératoire de dernière génération. Cette salle est la première du genre au Canada.

• Urgence à l'Hôpital du Saint-Sacrement



Le corridor central de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement était souvent utilisé pour installer les civières lors des débordements. La libération de l'espace utilisé par l'urgence psychiatrique a permis d'aménager une salle mieux adaptée, mieux équipée et pouvant accueillir une dizaine de civières. L'espace est également mieux adapté pour recevoir les proches partenaires.

ESPACES PLUS FONCTIONNELS ET EFFICACES

• Salle de réveil du bloc opératoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise



NOUVELLES PROCÉDURES

- **Requête opératoire électronique**



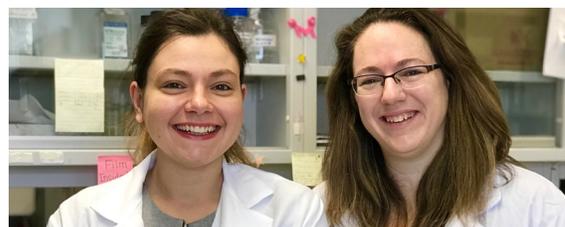
Grâce à un nouveau système de requête électronique créé au CHU, le chirurgien remplit sa requête directement dans un logiciel, ce qui élimine notamment les étapes d'envoi et de saisie ainsi que les erreurs d'interprétation. Peu importe où se trouve le chirurgien, la demande est reçue à l'instant même où elle est transmise. Par ailleurs, le système permet aux chirurgiens de consulter leurs requêtes antérieures et de les modifier au besoin en début de processus, avant que l'intervention ne soit réalisée. Depuis mars 2020, cette requête opératoire électronique est utilisée par les chirurgiens généraux des cinq hôpitaux du CHU. Elle sera éventuellement déployée dans les autres spécialités chirurgicales afin que tous les chirurgiens l'utilisent déjà lors de l'ouverture du centre intégré de cancérologie en décembre 2020.

- **Redirection des patients des urgences vers des cliniques médicales**

En mars 2020, un nouveau protocole a été implanté dans les cinq urgences des hôpitaux du CHU. Ce nouveau protocole a pour objectif de réduire l'attente des patients en dirigeant vers une clinique ou une superclinique partenaire ceux et celles dont la condition ne nécessite pas de voir un médecin à l'urgence.

ET DU CÔTÉ DE LA RECHERCHE...

- **Le VPH livre l'un de ses secrets**



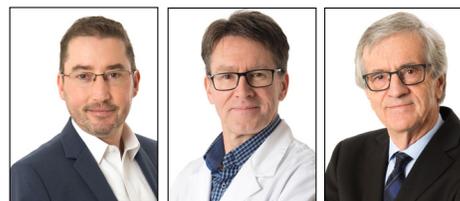
Avec son équipe de recherche, Amélie Fradet-Turcotte, docteure en biochimie, chercheuse au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval (CRCHU) et professeure adjointe à l'Université Laval, a révélé qu'un petit groupe de virus du papillome humain, nommé à haut risque, va modifier la structure des cellules qu'il infecte, les rendant propices au développement d'un cancer.

- **L'intelligence artificielle pour identifier les bactéries responsables d'une infection urinaire en un temps record**



La technologie combinant la spectrométrie de masse et l'intelligence artificielle développée par Arnaud Droit, chercheur au CRCHU et professeur à l'Université Laval, et sa collègue Florence Roux-Dalvai, professionnelle de recherche, permet d'identifier la bactérie responsable d'une infection urinaire directement à partir d'un échantillon d'urine, et ce, en moins de quatre heures. La technique développée au CRCHU pourrait donc contribuer à un meilleur usage des antibiotiques, en plus de diminuer considérablement le temps d'attente des patients pour obtenir leur diagnostic.

- **Un vaccin contre l'Alzheimer**



Les Drs Louis Verret, Robert Jr Laforce et Rémi Bouchard de la Clinique de la mémoire du CHU, qui participent aux travaux de l'entreprise pharmaceutique américaine Biogen, estiment avoir trouvé une injection qui freine la progression de la maladie d'Alzheimer. La pharmaceutique Biogen doit encore faire approuver son médicament par la Food and Drug Administration aux États-Unis et les mêmes démarches devraient être amorcées auprès de Santé Canada.

- **Création de la Chaire de recherche sur les aphasies primaires progressives**

En janvier 2020, la Faculté de médecine de l'Université Laval a annoncé la création de la Chaire de recherche sur les aphasies primaires progressives – Fondation de la famille Lemaire. La Chaire a pour mission de sensibiliser la population et les professionnels de la santé à ces maladies neurodégénératives afin d'en permettre une identification plus rapide et un meilleur traitement. Le titulaire de la Chaire, le Dr Robert Jr Laforce est professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval et neurologue, neuropsychologue et chercheur au CHU.

- **Le CHU se dote du premier laboratoire de niveau de confinement 3 de la Capitale-Nationale**



Le CHU a inauguré, en janvier 2020, le tout premier laboratoire de niveau de confinement 3 (NC3) dans la Capitale-Nationale. Ce projet est une initiative du Dr Guy Boivin, infectiologue, chercheur au CRCHU et professeur à l'Université Laval, et de son équipe, qui pourront y réaliser des recherches sur des agents pathogènes qui peuvent causer des maladies mortelles. Ces travaux permettront le développement de nouveaux traitements et une meilleure identification de certaines souches pathogènes inconnues.

- **Lancement d'une chaire en douleur chronique**



Afin d'améliorer la prise en charge et le traitement des patients qui sont atteints de douleur chronique, la Faculté de médecine de l'Université Laval a procédé en mai 2019 au lancement d'une chaire de leadership en enseignement,

menée par la Dre Anne-Marie Pinard, anesthésiologiste au CHU et professeure agrégée au Département d'anesthésiologie et de soins intensifs de l'Université Laval.

- **La Chaire de recherche en partenariat Sentinelle Nord en approches écosystémiques de la santé voit le jour**

Mélanie Lemire, chercheuse de l'axe Santé des populations et pratiques optimales en santé au CRCHU, est la titulaire de la nouvelle chaire de recherche en partenariat Sentinelle Nord en approches écosystémiques de la santé. Cette chaire, aussi appelée « chaire Littoral », vise à améliorer le bien-être des populations autochtones et côtières du Nord québécois par une meilleure compréhension des effets qu'ont les changements environnementaux sur la santé. Les chercheurs surveilleront notamment la présence de contaminants environnementaux dans les aliments locaux et chez les populations autochtones.

- **Des chercheurs du CRCHU participent à la création de vaccins contre la COVID-19**



Gary Kobinger, Denis Leclerc et Louis Flamand, tous trois chercheurs au CRCHU, travaillent à la création de vaccins pour lutter contre la COVID-19. Gary Kobinger, directeur du Centre de recherche en infectiologie de l'Université Laval, tente de créer un modèle *in vitro* de la maladie afin d'identifier des anticorps pouvant la neutraliser. Il veut aussi mesurer l'efficacité de vaccins potentiels et évaluer leur innocuité chez l'humain à l'aide d'essais cliniques. Denis Leclerc travaille pour sa part sur un vaccin à base de nanoparticules qui stimulerait la production d'anticorps. Quant à Louis Flamand, directeur du Département de microbiologie, infectiologie et d'immunologie de l'Université Laval, il étudiera la réponse immunitaire déclenchée par le virus responsable de la COVID-19. Ses recherches permettront de mieux comprendre ses effets sur les humains et de les comparer avec les réactions provoquées par d'autres virus connus.

PRIORITÉ 3

MEILLEURES PRATIQUES AU QUOTIDIEN

OBJECTIF 1

Bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR)

Éviter la progression des cas de bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) d'ici le 31 mars 2020.

- **Contrôle de la progression des cas de BGNMR**
(degré d'avancement du projet : 75 %)

Les bacilles Gram négatif multirésistants (BGNMR) sont résistants à la presque totalité des antibiotiques, et leur propagation dans le milieu hospitalier menace la qualité et l'accessibilité aux soins. Le CHU a entrepris diverses actions pour assurer une gestion optimale des zones à désinfecter de tous les secteurs d'activités, rehausser l'environnement et le matériel désuet ou manquant, gérer de manière optimale l'admission des patients ainsi que les patients déclarés BGNMR dans les cohortes, former plus de personnel aux pratiques de PCI, améliorer les pratiques de désinfection des chambres et assurer une gestion sécuritaire des excréta.

Les actions progressent et se poursuivent afin de stopper la progression des cas de BGNMR.

- **Plan d'action sur l'hygiène des mains**
(degré d'avancement du projet : 75 %)

Des distributeurs ont été ajoutés dans plusieurs secteurs et des *gembas* ainsi que des tournées ont été organisés afin de promouvoir l'hygiène des mains et répondre aux questions des intervenants.

OBJECTIF 2

Équilibre budgétaire

Assurer une saine gestion financière et réaliser 100 % de la portion 2019-2020 du plan d'équilibre budgétaire d'ici le 31 mars 2020.

- **Suivi des dépenses courantes et des mesures prévues au plan d'équilibre budgétaire**
(degré d'avancement du projet : 75 %)

Le plan d'équilibre budgétaire de l'exercice financier 2019-2020 contient 51 mesures totalisant 7,6 M\$. Deux mesures importantes ne se sont pas réalisées, soit celle reliée à la diminution des heures d'assurance-salaire et celle concernant la diminution des charges d'intérêts, ce qui fait en sorte que l'objectif d'économies a été atteint à 57 %. En excluant du calcul ces deux mesures, le taux de réalisation des 49 autres mesures se situe à 81 %.

OBJECTIF 3

Financement par parcours de soins

Diminuer les écarts négatifs entre les coûts (matériel et durées moyennes de séjour (DMS)) et les revenus estimés pour les parcours chirurgicaux, en préparation au financement par parcours de soins, d'ici le 31 mars 2020.

- **Évaluation des coûts et des écarts avec le financement par parcours de soins chirurgicaux**
(degré d'avancement du projet : 50 %)

Une simulation a été réalisée afin d'identifier les groupes d'interventions chirurgicales comportant des écarts négatifs significatifs de performance en rapport avec la moyenne québécoise en termes de durée de séjour.

Par ailleurs, le CHU a collaboré aux travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux sur son nouveau modèle de financement en chirurgie, notamment en ce qui a trait aux hospitalisations de longue durée.

OBJECTIF 4

Pertinence clinique

Réaliser trois projets structurants de pertinence clinique qui visent des modifications de pratique :

- Que la prescription des immunoglobulines au CHU soit ramenée à la moyenne canadienne d'ici au 31 mars 2020.**

- **Pertinence dans la prescription d'immunoglobulines**
(degré d'avancement du projet : 75 %)

Le groupe de travail a d'abord identifié les principaux services et médecins prescripteurs ainsi que les indications cliniques. Des analyses de consommation des immunoglobulines ont ensuite été effectuées selon les mêmes critères que ceux utilisés dans le comparatif national. Les représentants des principaux services prescripteurs ont été rencontrés pour leur faire part des résultats d'analyse de consommation, identifier des stratégies permettant d'améliorer la pertinence dans l'utilisation des immunoglobulines et réduire leur consommation au CHU.

Les travaux du groupe de travail ont par la suite été suspendus en raison de la COVID-19. Toutefois, des directives ministérielles reliées à la COVID-19 (où à un risque de pénurie d'immunoglobulines) ont forcé la mise en place rapide de plusieurs des stratégies préalablement identifiées pour réduire la consommation d'immunoglobulines. Sans que ce ne soit directement sous l'impulsion du groupe de travail, plusieurs stratégies de réduction de consommation ont été mises en place en raison de la pandémie.

Les prochaines étapes sont de revalider le niveau d'utilisation pour évaluer la consommation d'immunoglobulines en fonction des mesures introduites dans les derniers mois.

b) Que l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) ait publié, avant le 31 mars 2020, son rapport d'évaluation des meilleures pratiques transfusionnelles à implanter dans le cadre d'un programme d'épargne sanguine.

- **Publication d'un rapport d'évaluation des meilleures pratiques transfusionnelles**
(degré d'avancement du projet: 50 %)

L'anémie préopératoire constitue un facteur de risque indépendant de morbidité et de mortalité périopératoires en plus d'être un facteur prédictif de transfusion sanguine. Plusieurs études suggèrent que le traitement de l'anémie avant une chirurgie majeure favoriserait la récupération postopératoire et diminuerait le recours aux transfusions sanguines. Toutefois, l'implantation de stratégies ou programmes visant la détection et la prise en charge de l'anémie préopératoire dans la pratique courante soulèvent plusieurs enjeux cliniques et organisationnels. Dans le cadre de ses travaux visant l'implantation d'un programme d'épargne sanguine, le département de la médecine de laboratoire de la DMSH a sollicité l'UETMIS du CHU afin d'identifier les caractéristiques et d'évaluer la performance des modèles d'organisation de services portant sur la détection et la prise en charge de l'anémie préopératoire.

Le rapport a été approuvé par le conseil scientifique de l'UETMIS et sera publié en août 2020.

c) Que des guides cliniques et techniques en imagerie par résonance magnétique (IRM) et médecine nucléaire aient été complétés et validés auprès du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, avant le 31 mars 2020.

- **Guides cliniques et techniques en imagerie médicale – IRM** (degré d'avancement du projet: 100 %)
- **Guides cliniques et techniques en médecine nucléaire** (degré d'avancement du projet: 100 %)

Les chefs de service administratifs et médicaux de l'imagerie médicale ont travaillé de pair avec l'équipe qualité de l'imagerie médicale, les agentes administratives du centre de rendez-vous ainsi que les technologues pour créer des guides d'harmonisation des protocoles techniques et cliniques. Ces guides deviennent des outils précieux pour les agentes administratives qui attribuent les rendez-vous, mais également pour les technologues qui sauront désormais quel protocole utiliser, et ce, sans nécessairement connaître le radiologue qui fera la lecture et l'analyse des images.

Les guides pour la modalité du TDM ont été présentés au printemps 2019 au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHU et ceux-ci ont été favorablement accueillis.

Les prochaines étapes consistent à présenter les guides d'IRM et de médecine nucléaire au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, à transmettre ces guides aux médecins référents de la région afin d'éviter de refaire

des examens aux patients transférés au CHU, terminer l'implantation des modalités de l'IRM et de la mammographie, puis déployer et implanter les modalités de l'échographie et de la médecine nucléaire dans notre centre de rendez-vous.

- **Mise en place d'un programme de gestion de la pertinence clinique en imagerie médicale et médecine de laboratoire** (degré d'avancement du projet: 75 %)

Au cours de la dernière année, une équipe dédiée à la gestion de la pertinence clinique des examens d'imagerie médicale et des analyses de laboratoire a été mise en place. Des méthodes de travail sur lesquelles reposera le programme de gestion de la pertinence clinique ont été développées et des projets ont été démarrés, en collaboration avec des cliniciens, afin d'analyser certaines pratiques cliniques. Ces projets s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la pertinence, de la qualité et de l'accès des services d'imagerie médicale et de médecine de laboratoire.

OBJECTIF 5

Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) aux urgences

Poursuivre nos efforts dans le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans l'ensemble de l'établissement et atteindre un niveau de conformité de 80 % des pratiques de l'AAPA pour le délirium et la mobilisation des patients dans les cinq urgences pour le 31 mars 2020.

- **Approche adaptée à la personne âgée (AAPA): déploiement aux urgences**
(degré d'avancement du projet: 75 %)

Il y a une augmentation du volume de la clientèle gériatrique vulnérable de 75 ans et plus dans l'ensemble des urgences du CHU. Cette clientèle présente des besoins complexes et un risque accru de complications iatrogéniques, tels le délirium et le déconditionnement.

Pour atteindre les objectifs fixés dans la dernière année, des audits ont été réalisés afin d'évaluer l'environnement physique, les équipements, les ressources de soutien et les pratiques cliniques en place. D'ailleurs, les équipements adaptés pour chacune des urgences ont été identifiés, il reste à les acquérir.

Le projet sur le délirium à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus a été réalisé. Les données sont présentement évaluées par les chercheurs.

La fiche clinique a été déployée pour les usagers vulnérables en intégrant le rôle de préposé aux bénéficiaires pour la saisie des observations. L'utilisation de la fiche clinique sera consolidée et les employés seront accompagnés afin de favoriser leur implication.

D'autres étapes sont à venir :

- Diffusion des offres de service des professionnels en ergothérapie et physiothérapie
 - Création d'un comité AAPA
 - Diffusion au comité AAPA des urgences les résultats du projet pilote sur la nouvelle trajectoire de dépistage et de gestion du délirium à l'urgence de l'HEJ
 - Création des équipes locales d'implantation et de consolidation des pratiques systématiques liées à la mobilisation et au délirium dans les urgences
 - Consolidation des pratiques
- **Implantation du plan d'action de la campagne Meilleurs ensemble** (degré d'avancement du projet : 50 %)

La campagne « Meilleurs ensemble » a été déployée à l'urgence de L'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital du Saint-Sacrement et au CHUL. La mise en place de la même campagne à l'Hôpital Saint-François d'Assise est à venir comme les modalités de diffusion des informations destinées aux proches aidants.

OBJECTIF 6

Consolidation des activités à l'Hôpital du Saint-Sacrement

En suivi du comité consultatif à la Direction générale (CCDG) élargi qui a eu lieu en juin 2019, mettre en œuvre le plan de consolidation des activités de l'Hôpital du Saint-Sacrement en réalisant, d'ici au 31 mars 2020, une initiative hospitalière et une initiative ambulatoire.

Les travaux visant la consolidation des activités de l'Hôpital du Saint-Sacrement se sont poursuivis pendant l'année. Un groupe de travail a été constitué pour revoir les stratégies à cet effet, dans l'optique de pouvoir livrer des résultats à plus court terme. Cependant, compte tenu de la situation sanitaire qui a cours depuis la mi-mars, les travaux ont dû être mis sur pause.

- **Développement d'une unité d'hospitalisation pour les cas complexes** (degré d'avancement du projet : 0 %)
- **Initiative ambulatoire pour le suivi Comité consultatif à la direction générale (CCDG) à l'Hôpital du Saint-Sacrement** (degré d'avancement du projet : 0 %)
- **Implantation d'une unité post-aiguë à la suite d'une chirurgie de la hanche** (degré d'avancement du projet : 25 %)

Un comité s'est penché sur le projet de développement d'une unité de réadaptation de soins aigus qui pourrait accueillir dans une première phase la clientèle ayant subi une fracture de hanche. Le modèle d'unité et de trajectoire de services a été élaboré. Il s'avère que certaines démarches préalables à son développement, hors du contrôle de l'organisation, notamment pour l'obtention de postes médicaux et la reconnaissance d'éventuelles activités d'enseignement, soient plus longues que planifiées. Le projet demeure actuellement en évaluation de faisabilité.

Autres réalisations qui favorisent les meilleures pratiques au quotidien

D'autres projets menés par des équipes du CHU favorisent la mise en place et l'adoption de meilleures pratiques au quotidien. Parmi ces projets, mentionnons...

Processus d'accréditation

Le CHU participe régulièrement à des processus d'accréditation. Parmi ceux-ci, notons les phases 1 et 2 du cycle d'agrément 2018-2023 d'Agrément Canada, pour lesquelles les visites ont eu lieu en septembre 2019. Un taux global de conformité de 96,6 % a été atteint, ce qui constitue un résultat remarquable. En outre, l'important processus de visite des 13 laboratoires de la grappe Optilab sous la responsabilité du CHU a été réalisé et la rédaction des plans d'action pour résoudre certaines non-conformités a été effectuée.

Rencontres citoyennes

Dans le cadre d'une démarche visant à rapprocher davantage la population de la Capitale-Nationale de son Centre hospitalier universitaire, le conseil d'administration du CHU a tenu deux séances publiques d'information et de dialogue au cours du mois de novembre 2019. Ces rencontres étaient animées par Martin Beaumont, président-directeur général du CHU, Gaston Bédard, président du conseil d'administration du CHU, François Latreille, directeur des finances, et Robin Bégin, commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Ainsi, la population était invitée à découvrir des projets exceptionnels et plusieurs succès qui ont marqué l'année 2018-2019 au CHU et dans la région. Ces rencontres se voulaient aussi une occasion d'échanger avec la direction du CHU sur les enjeux de santé ainsi que sur les différents services offerts par le centre hospitalier universitaire.

Tournée des députés de la région de la Capitale-Nationale

Le CHU, toujours dans une volonté de se rapprocher de la communauté, a fait à l'automne 2019 la tournée des députés de la région de la Capitale-Nationale afin de présenter l'organisation et de prendre le pouls des préoccupations des citoyens de la grande région de Québec, incluant Charlevoix et Portneuf.

PRIORITÉ 4

NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER – VOILETS CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE ET PLATEFORME CLINICO-LOGISTIQUE

La construction du nouveau complexe hospitalier va bon train. Dans ce vaste projet, deux composantes seront bientôt en fonction, soit le centre intégré de cancérologie (CIC) et la plateforme clinico-logistique (PCL).

OBJECTIF 1

Transformation nouveau complexe hospitalier



Réaliser les projets ciblés de transformation pour le centre intégré de cancérologie d'ici le 31 mars 2020.

- **Révision de la trajectoire du médicament** (degré d'avancement du projet: 65 %)

La trajectoire du médicament est révisée à travers plusieurs projets qui sont en cours: planification de l'implantation des cabinets externes et des médicaments au commun pour le service des médicaments au centre intégré de cancérologie (CIC); révision de la trajectoire de la chimiothérapie en salle de traitement; évaluation et développement de modalités ainsi que d'outils pour le projet CIC sans papier; harmonisation des protocoles, des ordonnances ainsi que des traitements de chimiothérapie et de prémédication.

Les travaux se poursuivent et seront terminés pour l'ouverture du centre intégré de cancérologie.

- **Transformation CIC: pratiques en greffe de moelle et cytométrie** (degré d'avancement du projet: 25 %)

L'harmonisation de certaines pratiques en greffe de moelle et cytométrie a été réalisée. Les actions à venir sont de poursuivre l'harmonisation.

- **Centre intégré de cancérologie - Initiatives sans papier: formulaire de prescription de chimiothérapie électronique** (degré d'avancement du projet: 25 %)

Afin d'alléger le processus entourant l'utilisation des formulaires de prescription papier, celui-ci sera automatisé. L'informatisation de la trajectoire en oncologie, qui se fera avec le logiciel ACE-Multi, permettra d'envoyer le formulaire automatiquement et rapidement aux bons intervenants. Le formulaire de prescription de chimiothérapie électronique sera déployé et fonctionnel d'ici mars 2021.

- **Transformation centre intégré de cancérologie-plateforme clinico-logistique: gouvernance** (degré d'avancement du projet: 100 %)

Une démarche structurée de révision de la gouvernance a été réalisée en décembre et janvier dernier afin de l'adapter à l'évolution de l'environnement ainsi qu'à l'avancement et à la complexité du projet. Les principaux acteurs du projet ont donc fait consensus sur une structure, des mécanismes de coordination et des modes de communication optimaux entre les équipes concernées par la réalisation du nouveau complexe hospitalier. Des précisions sur les rôles et les responsabilités ont aussi été apportées. Par ailleurs, un cadre supérieur de l'organisation a reçu le mandat de s'investir entièrement à la gestion de la transformation nécessaire à l'ouverture du centre intégré de cancérologie.

- **Transformation CIC: révision de la pratique infirmière en oncologie et fonctionnement interdisciplinaire** (degré d'avancement du projet: 75 %)

Les porteurs du dossier ont partagé leur vision ainsi que la raison d'être du changement de la pratique infirmière en oncologie. Ils ont également précisé les nouvelles responsabilités et le fonctionnement interdisciplinaires aux groupes de travail composés d'infirmières. La prochaine étape est la mise en commun de la pratique infirmière et du fonctionnement interdisciplinaire.

- **Transformation CIC: fonctionnement interdisciplinaire par siège tumoral** (degré d'avancement du projet: 75 %)

À l'intérieur des sièges tumoraux, le travail des infirmières évoluera et se combinera avec les tâches et la pratique des infirmières pivot et des autres professionnels (pharmaciens, nutritionnistes). Plusieurs rencontres entre les équipes ont eu lieu à ce sujet, incluant les responsables syndicaux.

Des essais ont été réalisés pour les sièges tumoraux suivant:

- digestif;
- neuro-oncologie;
- et l'ORL.

Une vidéo de démonstration du travail du fonctionnement interdisciplinaire par siège tumoral a été produite. La mise en place du fonctionnement interdisciplinaire par siège tumoral en urologie est à venir.

▪ **Transformation centre intégré de cancérologie : offre de service du Service d'investigation rapide en oncologie (SIRO)** (degré d'avancement du projet : 75 %)

Les patients connus et suivis pour un cancer au CIC pourront passer par le Service d'investigation rapide en oncologie (SIRO), soit une urgence oncologique, au lieu de devoir se présenter dans une urgence standard. L'équipe du SIRO pourra surveiller les symptômes des patients à distance et savoir à quel moment précis ils doivent se présenter. Cela permettra de diminuer les risques pour cette clientèle déjà affaiblie, de désengorger l'urgence standard et de fournir un service mieux adapté et spécialisé en oncologie.

À l'automne 2019, deux rencontres ont été effectuées avec les équipes médicales afin d'élaborer une vision commune du SIRO, de préciser l'offre de service par spécialité et d'établir une trajectoire unique. Les équipes ont également statué sur le mode de référence au Service d'investigation rapide en oncologie (SIRO).

Par ailleurs, les équipes ont visité l'Hôpital général juif et ont effectué une analyse comparative des autres centres qui disposent d'une urgence oncologique.

Afin de terminer ce projet, il reste à définir certains points, tels que la couverture médicale de l'hémo-oncologie, l'offre de service de la Direction des services multidisciplinaires pour la psycho-oncologie, les trajectoires avec l'urgence, la gestion des lits, la priorisation des civières ou encore mettre en place une note électronique.

▪ **Transformation centre intégré de cancérologie : optimisation et harmonisation salles de chimiothérapie et implantation de l'outil gestion des épisodes de soins** (degré d'avancement du projet : 50 %)

À la suite d'observations faites dans les différents hôpitaux du CHU offrant des services en chimiothérapie, l'équipe a compilé et analysé les différences touchant les pratiques cliniques, les rôles et les responsabilités de chacun, le matériel utilisé, le guide d'enseignement, etc. Par la suite, un échéancier d'harmonisation des pratiques a été établi, puis la trajectoire de la salle de traitement du CIC ainsi que le rôle du pharmacien ont été spécifiés. Cette harmonisation sera terminée prochainement.

▪ **Transformation centre intégré de cancérologie : implantation des bornes d'enregistrement des patients** (degré d'avancement du projet : 25 %)

Le système de bornes d'enregistrement des patients qui a été retenu, parce que mieux adapté aux besoins du centre intégré de cancérologie, est celui utilisé au CUSM. Compte tenu de la situation sanitaire, le projet pilote prévu avec le CUSM a été reporté à l'automne 2020. Les secteurs et les trajectoires sont prêts à accueillir ce projet pilote.

▪ **Transformation CIC : déploiement des trois centres de rendez-vous de première ligne en oncologie** (degré d'avancement du projet : 25 %)

Le centre de rendez-vous en hémo-oncologie a été ouvert le 13 mai 2019.

En ce qui concerne le centre de rendez-vous en radio-oncologie, certains travaux sont toujours en cours, notamment la formation du groupe de travail médical et la finalisation de différents outils préalables à l'ouverture du centre de rendez-vous. Par ailleurs, à l'automne 2019 ont eu lieu le lancement du projet auprès des équipes administratives et médicales, la réalisation d'une collecte de données et d'une cartographie, la mise en commun de processus entourant la gestion et l'attribution d'un rendez-vous ainsi que les travaux d'arrimage entre les processus administratifs et l'application eClinibase. En parallèle du déploiement du centre de rendez-vous, des travaux ont été menés entourant l'interopérabilité entre les différents systèmes informatiques, les bornes d'inscription et le système informatique des accélérateurs (Aria).

Du côté du centre de rendez-vous en urologie, les travaux sont également toujours en cours. Dans le courant de la dernière année, le groupe de travail médical a été formé, une collecte de données et une cartographie ont été réalisées et le projet a été lancé auprès des équipes administratives et médicales.

▪ **Centre intégré de cancérologie - Initiatives sans papier : évolution du logiciel GIC pour la trajectoire des rendez-vous en hémo-oncologie, radio-oncologie et chirurgie** (degré d'avancement du projet : 30 %)

Jusqu'à maintenant, les horaires d'utilisation des salles de consultation étaient faits sur papier sans réelle coordination. Une gestion automatisée permettra de mieux répondre aux besoins, de pouvoir planifier et de maximiser l'utilisation de ces locaux qui seront utilisés par plusieurs médecins. Le déploiement de cette nouvelle fonctionnalité est prévu pour mars 2021.

▪ **Transformation CIC : mise en place d'un satellite préopératoire au CIC** (degré d'avancement du projet : 75 %)

Trois éléments importants ont été élaborés :

- l'offre de soins et de services d'un satellite préopératoire ;
- la trajectoire patient entre les sièges tumoraux, le satellite préopératoire du CIC vers les cliniques préopératoires de l'HEJ et de L'HDQ pour les examens préopératoires, les consultants médicaux et professionnels ainsi que pour la préparation à la chirurgie ;
- la trajectoire de la documentation entre le satellite préopératoire du CIC vers les cliniques préopératoires de l'HEJ et de L'HDQ ainsi qu'un plan de relève.

L'équipe responsable a également déterminé le plan de main-d'œuvre au satellite préopératoire et à la curiethérapie pour une mutualisation des ressources. La conception des espaces au satellite préopératoire a été finalisée et le plan de formation des infirmières a été conçu.

La livraison des locaux et la formation des infirmières prévues dans les prochains mois permettront d'avancer considérablement le projet. Un plan de contingence a aussi été élaboré pour terminer le projet en temps opportun.

Les prochaines étapes sont de :

- faire un projet test entre les sièges tumoraux et le satellite préopératoire pour finaliser les travaux d'arrimage tels que les mécanismes de communication et le parcours patient ;
 - finaliser l'aménagement des locaux pour assurer la fluidité des processus et des trajets patients et personnels ;
 - débiter le plan de formation du personnel infirmier ;
 - terminer le déploiement de la requête électronique pour les disciplines qui transfèrent au CIC ;
 - terminer les travaux d'informatisation du formulaire d'évaluation préopératoire et de la collecte de données.
- **Transformation CIC : trajectoire de curiethérapie**
(degré d'avancement du projet : 75 %)

Les travaux effectués sont les suivants :

- Élaboration de l'offre de soins et de services à la salle de réveil de la curiethérapie
- Rencontres d'arrimage entre les différentes équipes concernées :
 - détermination du profil de la clientèle ;
 - détermination de la volumétrie projetée ;
 - détermination de la couverture des anesthésistes.
- Élaboration de la trajectoire patient et requête opératoire entre les sièges tumoraux, le satellite préopératoire au CIC et la curiethérapie.
- Détermination du plan de main-d'œuvre au satellite préopératoire et à la curiethérapie pour une mutualisation des ressources
- Participation à la conception des espaces de la salle de réveil de la curiethérapie au CIC
- Détermination du plan de formation des infirmières

Les prochaines étapes sont de :

- Finaliser le parcours patient lors de la complétion des examens préopératoires : statuer la possibilité de faire examens préopératoires (prélèvements, imagerie médicale) et consultations au CIC.
- Finaliser l'aménagement de la salle de réveil pour assurer la fluidité des processus et des trajets patients et personnels.
- Débiter le plan de formation du personnel infirmier.

OBJECTIF 2

Transition nouveau complexe hospitalier



Adopter les plans de transition pour le fonctionnement sur deux sites (Hôpital de l'Enfant-Jésus et L'Hôtel-Dieu de Québec) de 100 % des services concernés d'ici au 31 décembre 2019.

▪ **Plan de transition centre intégré de cancérologie : neuro-oncologie (degré d'avancement du projet : 100 %)**

L'équipe médicale a franchi toutes les étapes requises. Une simulation d'une clinique par site tumoral a même été organisée pour valider l'efficacité du nouveau mode de fonctionnement.

▪ **Plan de transition centre intégré de cancérologie : plan de transition de la Direction des services techniques pour le CIC (degré d'avancement du projet : 50 %)**

Cette direction a élaboré des plans de transition pour les secteurs des opérations du bâtiment, de l'hygiène et salubrité et du génie biomédical.

L'état d'avancement de la transition est variable d'un secteur à l'autre puisque leur intervention n'est pas nécessairement requise au même moment de la réalisation du projet. Tout est présentement sous contrôle.

Un ajustement de ce plan s'effectuera en fonction de la révision de la planification du projet en raison de la pandémie.

OBJECTIF 3

Confirmation personnel nouveau complexe hospitalier

Confirmer 100 % de nos employés actuels dans leur poste dans le centre intégré de cancérologie (CIC) et la plateforme clinico-logistique (PCL) d'ici au 31 mars 2020.

- **Confirmation à 100 % de nos employés actuels dans leur poste au CIC et PCL** (degré d'avancement du projet : 75 %)

Environ 75 % des employés du CHU appelés à travailler au centre intégré de cancérologie ou à la plateforme clinico-logistique ont été confirmés dans leur poste. Pour le 25 % restant, les démarches devraient être terminées d'ici le 15 septembre 2020.

OBJECTIF 4

Organisation des services – départements médicaux

Adopter le mode d'organisation des services de 100 % des départements et des services médicaux associés au centre intégré de cancérologie (hématologie, radio-oncologie, anesthésiologie, urologie, ORL, neuro-oncologie, pathologie, cardiologie, pharmacie) d'ici au 31 mars 2020.

- **Adoption du mode d'organisation des services médicaux pour le centre intégré de cancérologie** (degré d'avancement du projet : 68 %)

Une série de rencontres ont été tenue avec les représentants des équipes médicales concernées afin d'échanger sur les enjeux spécifiques à leur mode d'organisation. Avec le soutien d'intervenants spécialisés, les chefs de département et de service ont élaboré une feuille de route les guidant dans les travaux et réflexions à réaliser en lien avec ces enjeux. Trois ateliers ont également eu lieu à l'automne 2019 afin de faciliter le consensus autour des modes de fonctionnement des équipes médicales. La pandémie de la COVID-19 a freiné la réalisation des dernières actions critiques, mais il est prévu de finaliser le tout d'ici l'automne 2020.

OBJECTIF 5

Équipements du Centre intégré de cancérologie et de la plateforme clinico-logistique

Respecter à 100 % le plan d'acquisition des équipements nécessaires au fonctionnement du centre intégré de cancérologie (CIC) et de la plateforme clinico-logistique (PCL) d'ici le 31 mars 2020.

- **Plan d'acquisition des équipements du CIC et de la PCL** (degré d'avancement du projet : 50 %)

Le CIC et la PCL représentent la grande part de la phase 1 des acquisitions pour le NCH, soit l'équivalent de près de 400 projets d'acquisitions;

À ce jour, quelques composantes des infrastructures ont été livrées et tous les besoins soulevés en terme d'équipements nécessaires à leur fonctionnement ont été comblés;

Les équipements majeurs en radio-oncologie sont en cours d'installation par les fournisseurs;

Les acquisitions des autres équipements requis sont échelonnées selon la cadence des échéanciers où ils sont désirés et les dates auxquelles les prochaines composantes du NCH seront livrées.

PRIX ET DISTINCTIONS

EN PLUS DE CE QUI A ÉTÉ PRÉSENTÉ DANS LES PAGES PRÉCÉDENTES, NOUS AIMERIONS ÉGALEMENT SOULIGNER CES RÉALISATIONS REMARQUABLES AINSI QUE PLUSIEURS PRIX ET DISTINCTIONS QUI ONT ÉTÉ REÇUS PAR NOS ÉQUIPES.



Prix de la Société québécoise de néphrologie

Lors de son colloque annuel tenu à Montréal en avril 2019, la Société québécoise de néphrologie a décerné le prix « Jeune néphrologue de l'année » au Dr Sébastien Savard, membre du Service de néphrologie du CHU, ainsi que le titre de « Professionnelle de l'année en néphrologie » à Mme Julie Dupont, infirmière en pratique spécialisée aux soins aux adultes au CHU depuis dix ans.



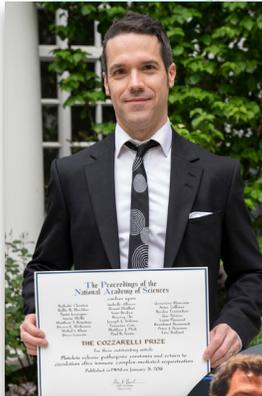
Ça marche Doc! reçoit un Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux

Le projet *Ça marche Doc!* auquel le CHU collabore a reçu un Prix d'excellence dans la catégorie Partenariat en mai 2019, prix remis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.



La carrière prolifique du Dr Michel Alary soulignée par les Instituts de recherche en santé du Canada

Le Dr Michel Alary, directeur de l'axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, a été honoré en mai 2019 du Prix des pionniers de l'Institut de la santé publique et des populations pour sa carrière remarquable en épidémiologie. Le Dr Alary a consacré la majeure partie de sa carrière à la recherche sur l'épidémiologie et la prévention du VIH ainsi que des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) au sein des populations les plus vulnérables, notamment les travailleuses du sexe et les utilisateurs de drogues par injection. Il a été responsable de l'évaluation d'Avahan, l'initiative de lutte contre le sida en Inde de la Fondation Bill et Melinda Gates, le plus vaste programme de prévention du VIH jamais mis en œuvre.



Des chercheurs du Centre de recherche du CHU auteurs de l'un des meilleurs articles de 2018 selon la National Academy of Sciences

En mai 2019, Éric Boilard, docteur en microbiologie et infectiologie au Centre de recherche du CHU, et son équipe de recherche ont remporté le prix Cozzarelli pour la qualité scientifique et l'originalité de leur article publié dans la prestigieuse revue américaine *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS).



Les chercheurs Nicolas Bertrand et Arnaud Droit récompensés par Montréal InVivo

Deux chercheurs du CHU, Nicolas Bertrand et Arnaud Droit, ont été récompensés à l'occasion du concours Étoiles Effervescence, une initiative de Montréal InVivo, en mai 2019. Ce concours vise à reconnaître dix jeunes chercheurs québécois effectuant de la recherche depuis moins de dix ans dans une université, une institution ou un centre de recherche du Québec et qui offrent des services à l'industrie des sciences de la vie tels des modèles analytiques, des tests de validation, une plateforme technique ou des tests spécialisés.



Martin Beaumont nommé au C.A. de la RAMQ

En septembre 2019, le Conseil des ministres a procédé à la nomination du Président-directeur général du CHU, M. Martin Beaumont, à titre de membre du conseil d'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette nomination s'inscrit dans la volonté du CHU d'être un collaborateur de premier ordre du système de santé québécois.



Le Dr Éric Vigneault reçoit la médaille Frank Ellis

Le Dr Éric Vigneault a reçu en novembre 2019 la médaille Frank Ellis en tant que premier auteur d'un article paru en 2018. La médaille Frank Ellis est décernée chaque année par la revue *Clinical Oncology* à l'article paru en ses pages qui contribue le plus à l'avancement des sciences dans le traitement du cancer ou dans l'utilisation de la radiation dans le traitement d'autres maladies.



Mon sosie a 2 000 ans reçoit un prix d'excellence de la Société des musées du Québec

Le Musée de la civilisation a obtenu en novembre 2019 un prix Excellence de la Société des musées du Québec pour son exposition *Mon sosie a 2000 ans*. Cette exposition, présentée d'octobre 2018 à mai 2019, associait des visages d'hommes et de femmes contemporains à des œuvres d'art antiques. Un portrait en noir et blanc de ces 23 personnes accompagnait l'œuvre d'art ancienne aux côtés d'un masque en 3D représentant le visage contemporain. Ces 23 masques ont été produits par les trois épithésistes du CHU. Leur expertise, unique au Québec, leur permet de créer des prothèses faciales de très haute qualité anatomique pour les personnes ayant subi l'ablation d'une partie de leur visage.



Les équipes de CHU de Québec rayonnent au Cocktail reconnaissance professionnelle de l'ORIIQ

En septembre 2019, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec a tenu son cocktail reconnaissance. Six infirmières et infirmiers du CHU ont été récompensés lors de cette soirée, notamment Laurence Fortier, infirmière en pratique avancée, qui a reçu la bourse Louise-Desmarais.

France Légaré et Sylvain Moineau toujours sur la liste des chercheurs les plus cités au monde

Selon la firme américaine Clarivate, France Légaré et Sylvain Moineau, tous deux chercheurs du Centre de recherche du CHU de Québec, font partie du prestigieux palmarès des chercheurs les plus cités au monde.



Photo: Université Laval

Sylvain Moineau reçoit le prix Marie-Victorin

Sylvain Moineau, chercheur associé de du Centre de recherche du CHU, était le récipiendaire 2019 du prix Marie-Victorin, soit la plus haute distinction attribuée à une personne qui a mené une carrière remarquable en recherche dans le domaine des sciences naturelles et du génie. Sylvain Moineau est notamment connu pour sa découverte du système d'édition génétique CRISPR-Cas.



Serge Turcotte lauréat du Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec

Le Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) a été décerné en décembre 2019 à l'un des gestionnaires de la Direction des services multidisciplinaires du CHU, Serge Turcotte, adjoint au directeur des services multidisciplinaires du CHU, à l'Hôpital Saint-François d'Assise, avec une responsabilité transversale en service social.

Une reconnaissance internationale pour la télémédecine au CHU

L'équipe de la Direction des ressources informationnelles du CHU a reçu à Paris, en janvier 2020, le premier Prix de l'excellence Télémédecine et Continent américain décerné par l'Académie francophone de télémédecine et e-santé. L'Académie souhaitait ainsi reconnaître un « modèle de gouvernance et d'actions apprenant » réunissant un ensemble de stratégies pour développer, implanter et faire évoluer la télésanté et l'informatisation au Québec dans un contexte de système apprenant.





Le Conseil multi reçoit un prix de l'ACMQ

Lors du congrès de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) en novembre 2019, le Conseil multidisciplinaire du CHU a obtenu le premier prix « CECM en action » dans la catégorie « Projets ». Ce prix reconnaît le caractère innovant et créatif du projet « Bourses de recherche clinique pour les trois conseils professionnels » qui a été fait dans un esprit de collaboration. Afin d'inciter davantage les professionnels à présenter des projets de recherche clinique et d'augmenter la visibilité de cette dernière, le Conseil multidisciplinaire et la direction des services multidisciplinaires ont eu l'idée de s'associer à l'axe de la recherche clinique du Centre de recherche du CHU, au Conseil des infirmières et infirmiers ainsi qu'au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens afin de rendre plus accessibles à leurs membres les bourses de recherche clinique.



Deux étudiantes du Centre de recherche se démarquent à l'ACFAS

L'excellence académique et la qualité scientifique des projets de recherche de deux étudiantes de l'axe Santé des populations et pratiques optimales en santé ont été soulignées lors des septièmes *Journées de la relève en recherche de l'ACFAS* en décembre 2019, au cours desquelles elles ont remporté deux importants prix. Caroline Duchaine a reçu le Prix Acfas IRSST Doctorat pour son projet portant sur l'effet des stressseurs psychosociaux sur la fonction cognitive d'une grande cohorte de travailleurs dans le contexte particulier du vieillissement de la main-d'œuvre. Andréia Matta-Dias s'est vue remettre le Prix Acfas IRSST Maîtrise pour sa recherche sur les répercussions des contraintes psychosociales au travail sur les douleurs lombaires chez les cols blancs.

Iwona Rudkowska récipiendaire du prix Andrée-Beaulieu

Diététiste et chercheuse de l'axe Endocrinologie et néphrologie au Centre de recherche du CHU, Iwona Rudkowska a été récompensée par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) en novembre 2019. Son article multidisciplinaire rédigé en collaboration avec Nicolas Bertrand, pharmacien et chercheur dans le même axe, intitulé *Nanotechnologies dans le domaine agroalimentaire : que devons-nous savoir?*, lui a valu le prix Andrée-Beaulieu, qui récompense l'auteur d'une publication en nutrition. Le programme de recherche de Mme Rudkowska porte sur les marqueurs moléculaires et génétiques permettant de développer des recommandations nutritionnelles adaptées aux besoins spécifiques des individus à risque de diabète.



Paul R. Fortin « chercheur émérite » de la Société canadienne de rhumatologie

En mars 2020, le Dr Paul R. Fortin, rhumatologue et chercheur au CHU, s'est vu décerner le Prix du chercheur émérite de la Société canadienne de rhumatologie pour son apport à la recherche dans ce domaine.

PRINCIPAUX PROJETS DE DÉVELOPPEMENT IMMOBILIER AU CHU

Excluant le projet de nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

CHU	INVESTISSEMENT
Aménagement des guichets de rendez-vous des spécialités et de l'imagerie médicale	97 000 \$
Climatisation zone refuge et Centre d'hébergement d'Assise, aile D	182 000 \$
Disposition des matières dangereuses	476 000 \$
Implantation de la gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO)	15 000 \$
Installation de postes de lavage des mains	435 000 \$
Mise à niveau de la signalisation extérieure	168 000 \$
Aménagement - plan annuel pour l'accès des personnes handicapées, phase préliminaire	172 000 \$
Implantation de plans interactifs - signalisation	20 000 \$
Regroupement des services logistiques, phase 1	32 000 \$
Remplacement du câblage existant désuet	209 000 \$
Installation d'équipements médicaux	326 000 \$
Sous total	2 132 000 \$

CHUL	INVESTISSEMENT
Ajout de salles de consultation et aménagement du carrefour patient	78 000 \$
Installation d'équipements de distribution alimentaire	1 747 000 \$
Mise à niveau du système de ventilation	43 000 \$
Mise à niveau des unités de soins adultes	4 916 000 \$
Mise aux normes du réseau d'alarmes incendie	116 000 \$
Mise aux normes du réseau phonique	126 000 \$
Modernisation du panneau de contrôle des refroidisseurs - Trane n ^{os} 1 et 2	33 000 \$
Installation du monitoring fœtal	62 000 \$
Mutualisation des postes de garde IPE et GARE	51 000 \$
Aménagement de l'oncologie pédiatrique au CME	1 352 000 \$
Rapatriement de la neurochirurgie pédiatrique	1 004 000 \$
Remplacement d'un compacteur à déchets, bloc N	62 000 \$
Réaménagement de la salle de fluoroscopie	55 000 \$
Réaménagement des locaux pour le remplacement des SPECT-CT	32 000 \$
Réfection du système des gaz médicaux	883 000 \$
Rehaussement de la chaîne analytique	124 000 \$
Remplacement des équipements de dentisterie	600 000 \$
Remplacement des contrôles d'accès	41 000 \$
Remplacement de la graphie à la clinique externe	27 000 \$
Sécurisation et réaménagement de l'unité néonatale	105 000 \$
Réalisation de divers travaux de mise aux normes	362 000 \$
Sous total	11 819 000 \$

L'HDQ	INVESTISSEMENT
Installation de postes de lavage des mains	155 000 \$
Mise aux normes du système d'alarmes incendie	22 000 \$
Mise aux normes des réservoirs pétroliers au 9, McMahon et CRCEO	293 000 \$
Réfection des ascenseurs 3, 4, 5 et 6	16 000 \$
Réfection de la toiture de la salle mécanique, bâtiment 500	116 000 \$
Réfection des prises d'air du système 55	241 000 \$
Réfection des systèmes de gaz médicaux	29 000 \$
Réfection des unités de soins 8500, 13500, 4400, 4450, 2400, 2450 et 11500	873 000 \$
Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie	1 034 000 \$
Remplacement des systèmes de cloches d'appel	550 000 \$
Remplacement du refroidisseur 350 tonnes	866 000 \$
Remplacement du TEP	1 239 000 \$
Remplacement du générateur de vapeur au CRCEO	52 000 \$
Remplacement des pompes de redondance pour l'eau refroidie	32 000 \$
Sécurisation des lieux pour les nouvelles casernes	2 144 000 \$
Travaux d'amélioration pour l'arrivée et le traitement des spécimens au CRCEO	20 000 \$
Réalisation de divers travaux de mise aux normes	251 000 \$
Sous total	7 933 000 \$

HSS	INVESTISSEMENT
Installation d'un compresseur de climatisation, aile P	142 000 \$
Remplacement de génératrices et inverseurs, ailes F et R	1 397 000 \$
Sécurisation du réservoir souterrain, aile N	547 000 \$
Réaménagement de la salle de fluoroscopie et salles de graphie	420 000 \$
Réfection de la toiture, aile A	29 000 \$
Réfection du monte-charge, aile F	132 000 \$
Réfection et correctifs de la maçonnerie	1 178 000 \$
Relocalisation des bureaux de la commissaire aux plaintes	207 000 \$
Remplacement des conduits de drainage sanitaires, ailes A, B, C et E	104 000 \$
Remplacement d'équipements de mammographie et biopsie mammaire	399 000 \$
Remplacement des laveurs d'endoscopes	311 000 \$
Sécurisation de l'installation électrique CCM	235 000 \$
Réalisation de divers travaux de mise aux normes	385 000 \$
Sous total	5 486 000 \$

HSFA	INVESTISSEMENT
Aménagement de locaux d'activités ambulatoires en chirurgie colorectale	123 000 \$
Aménagement de la salle hybride en chirurgie vasculaire	92 000 \$
Dépistage néonatal sanguin de 5 nouvelles maladies et fibrose kystique du pancréas	552 000 \$
Installation de méthodes à double casier	179 000 \$
Installation de postes de lavage des mains	1 006 000 \$
Mise aux normes des ascenseurs - sécurité et mise à la terre	15 000 \$
Mise à niveau des génératrices	364 000 \$
Mise aux normes des ascenseurs, aile B	31 000 \$
Mise aux normes de la pharmacie SCAS	227 000 \$
Mise aux normes du réseau d'alarmes incendie	306 000 \$
Mise aux normes du réseau électrique d'urgence	885 000 \$
Réaménagement et optimisation de secteurs clinico-administratifs	20 000 \$
Réfection des plafonds suspendus et de l'éclairage	219 000 \$
Réfection des toitures	83 000 \$
Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie	13 000 \$
Regroupement des archivistes	681 000 \$
Remplacement d'équipements en URDM	25 000 \$
Remplacement des colonnes de gaz au bloc opératoire	1 307 000 \$
Remplacement des systèmes de monitoring	309 000 \$
Remplacement des laveurs d'endoscopes	20 000 \$
Remplacement de la graphie de l'urgence	80 000 \$
Réalisation de divers travaux de mise aux normes	138 000 \$
Sous total	6 675 000 \$

HEJ	INVESTISSEMENT
Mise à niveau du gravitaire, aile C	3 294 000 \$
Mise aux normes du système d'alarmes incendie	116 000 \$
Réalisation de divers projets du programme de résorption de maintien des actifs (PRDMA)	818 000 \$
Réfection des ascenseurs	676 000 \$
Réaménagement de la laverie et remplacement du lave-vaisselle à la cuisine, phase 2	558 000 \$
Réfection de la toiture, aile I	118 000 \$
Remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique	200 000 \$
Remplacement du TDM n° 1	46 000 \$
Réalisation de divers travaux de mise aux normes	499 000 \$
Sous total	6 325 000 \$

GRAND TOTAL CHU**40 370 000 \$**

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

Chapitre III – Attentes spécifiques

PROVENANCE (DG MSSS)	NO	TITRE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 %	COMMENTAIRES
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS	2.1	Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA (2.1) --> produire un état de mise en œuvre aux périodes 6 et 13.		Cette attente spécifique a été annulée par le MSSS
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES	4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2017-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (4.2) --> autoévaluation du plan d'action déposé le 31 octobre 2016.		Cette attente spécifique a été annulée par le MSSS
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES	4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)	R	
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES	4.4	État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) (4.4)--> autoévaluation au 31 mars 2020 du plan d'action déposé le 22 juin 2017.		Cette attente spécifique est à remettre pour le 31 juillet 2020
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT	7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (7.1)		Cette attente spécifique est remise à une date ultérieure non connue
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ	8.1	Sécurité civile (8.1)		Cette attente spécifique est à remettre pour le 14 septembre 2020
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ	8.2	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux (8.2)		Cette attente spécifique est à remettre pour le 14 septembre 2020
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ	8.3	Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux (8.3)		Cette attente spécifique est à remettre pour le 14 septembre 2020
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ	8.4	Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	R	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION	9.2	Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	R	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION		Mise en œuvre de l'orientation stratégique en matière de technologies de l'information	R	

Chapitre IV – Engagements annuels

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
CANCÉROLOGIE ET SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	68,6 %	90 %	79,7 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	93,3 %	100 %	96,7 %

■ 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 %

COMMENTAIRES

Plus de 28 jours :

La cible est non atteinte pour 2019-2020, mais en amélioration. Tous les efforts déployés dans la dernière année pour terminer le déploiement de la planification chirurgicale à L'HDQ nous ont permis cette amélioration, nous donnant espoir que cette cible est très réaliste pour l'an prochain. Le dossier de la chirurgie par robotique a aussi été travaillé tant sur la pertinence que sur le processus d'acquisition d'un deuxième appareil. Les travaux de pertinence ont été effectués avec les 4 spécialités chirurgicales ayant une pratique visant l'utilisation du robot. Unanimement, ils ont établi les critères de référence à la technologie et se sont assurés d'un consensus auprès de leurs collègues. Les travaux ont été plus complexes et ardues qu'anticipés. Les résultats attendus sont observables qu'à partir de l'automne dernier et non en début d'année financière tel que prévu. Comme la donnée est cumulative, il a été impossible d'atteindre la cible malgré l'évolution très favorable de nos indicateurs. Il est tout de même important de souligner qu'en date du 12 mars 2020, période pré-COVID-19, nous n'avions plus aucun patient de plus de 28 jours dans nos listes d'attente oncologique. Nous sommes donc optimistes quant à l'atteinte de cette cible dans une période non COVID-19. Les nombreux travaux du comité stratégique du secteur chirurgical et des comités de blocs locaux en lien avec l'attribution des priorités opératoires nous ont permis de nous assurer que la clientèle oncologique est priorisée et prise en charge dans les délais.

Plus de 56 jours :

La cible est en évolution très favorable, mais pas totalement atteinte. Les initiatives mise en place pour la cible des plus de 28 jours sont également applicables et très valables pour cette cible. Nous avons débuté l'année avec plus d'une trentaine de cas de plus de 56 jours en liste d'attente spécifique à l'urologie par robotique. Cette statistique a évolué vers la cible toute l'année pour atteindre aucun patient en attente de plus de 56 jours en décembre dernier. Bien que la cible considère les chirurgies réalisées dans le moins de 56 jours et que la donnée est cumulative, le fait de n'avoir aucun patient en liste d'attente nous rassure que la cible visée de 100 % des chirurgies réalisées dans les 56 jours est très réaliste pour nous.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
Plan stratégique 15-20 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	Taux 80 % (4/5) CHUL 3,7 HEJ 2,5 HSFA 3,5 HSS 2,1 L'HDQ 5,0	100 % Taux établis CHUL* 6,2 HEJ 6,2 HSFA* 4,5 HSS 4,5 L'HDQ* 4,5 *Nouvelles cibles janvier 2019	Taux 80 % (4/5) CHUL 1,6 HEJ 1,7 HSFA 2,9 HSS 1,7 L'HDQ 4,7
Plan stratégique 15-20 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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 % (5/5) Taux CHUL 0,0 HEJ 0,1 HSFA 0,0 HSS 0,0 L'HDQ 0,0	100 % Taux établi à 0,49 (janv. 2019)	100 % (5/5) Taux CHUL 0,1 HEJ 0,1 HSFA 0,1 HSS 0,0 L'HDQ 0,1
Plan stratégique 15-20 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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 % (1/1) Taux 0,1	100 % Taux établi à 0,58 (janv. 2019)	100 % (1/1) Taux 0,2
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	56,1 %	80 %	64,5 %

COMMENTAIRES

Pour le taux de diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) de L'HDQ, seul hôpital où la cible n'a pas été atteinte :

Plusieurs mesures ont été mises en place ou ont été maintenues avec l'objectif de diminuer les taux de DACD :

- Rénovation de toutes les unités de soins et utilités souillées (62 % du projet réalisé) ;
- Remplacement et réparation du matériel de soins désuet ;
- Révision des zones grises et processus qualité de désinfection ;
- Projet d'antibiogouvernance maintenu ;
- Révision du processus des admissions et transferts des patients dans l'établissement.

Depuis maintenant la sixième année consécutive, les taux de DACD pour L'HDQ diminuent.

Nous avons une clientèle comportant plusieurs facteurs de risque et avec un score de comorbidité ainsi qu'un environnement parfois mal adapté à cette population.

Pour le taux d'hygiène des mains :

Amélioration des taux comparativement à l'an dernier : 56 % à 65 %. Plan d'action en cours avec diverses stratégies pour améliorer les taux d'hygiène des mains de l'ensemble des intervenants.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	Cet engagement a été retiré par le MSSS

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
URGENCE			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (en heures)	15,04	12,0	15,79
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire (en minutes)	137	145	149
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	70,3 %	80 %	69,1 %
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	58,5 %	80 %	57,1 %

COMMENTAIRES

1.09.01 — PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

- La durée moyenne de séjour sur civière dans les urgences du CHU de Québec-Université Laval en 2019-2020 a légèrement augmenté en comparaison avec l'année 2018-2019. Les facteurs qui expliquent cette situation et les mesures mises en place sont :

Volet santé physique :

- La congestion hospitalière et le manque de disponibilité de lits, principalement à l'HSFA, à l'HEJ et à l'HSS font croître la durée moyenne de séjour. Une forte proportion de lits sont occupés par des clientèles en attente de relocalisation dans le réseau à la suite de la fin des soins actifs. Outre les efforts combinés avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale (CIUSSS-CN) pour replacer ces patients, une gestion proactive des lits est en place pour éviter les séjours prolongés dans les urgences.
- Un mandat sera octroyé à une infirmière clinicienne pour s'assurer de l'utilisation optimale des services des urgences principalement à l'HEJ, à l'HSFA et à l'HSS. Elle aura pour rôle d'identifier et de mettre en place des solutions pour les patients à risque de séjour prolongé, de comprendre les dysfonctionnements, de les résoudre et de rendre les trajectoires fluides.
- Un nouveau modèle d'identification précoce des besoins des usagers à la fin de leur épisode de soins a été implanté au sein des urgences de l'HSFA et de l'HSS pour diminuer les délais de relocalisation. L'implantation de ce modèle à l'urgence de l'HEJ devait se faire en début d'année selon la disponibilité de la main-d'œuvre, mais la situation liée à la COVID-19 a retardé le tout.

Volet santé mentale :

L'achalandage accru et le manque de disponibilité de lits en santé mentale accroissent la durée moyenne de séjour globale de l'établissement. Les résultats isolés pour la santé physique seraient de 14,2 heures de durée moyenne de séjour en santé physique au lieu de 15,79 heures au global. La clientèle de santé mentale dans les urgences du CHU relève du CIUSSS-CN. Un travail collaboratif est en place avec notre partenaire. Des mesures de réorientation en santé mentale sont en implantation pour les priorités P4 et P5 depuis quelques semaines. Le rôle de l'infirmière de liaison en santé mentale dans les urgences sera également bonifié.

1.09.16 — PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

- Cet indicateur de performance est nouvellement suivi et un plan d'action est à mettre en place afin de trouver des pistes d'amélioration et atteindre la cible de performance. Collaboration à développer avec nos partenaires pour consolider l'offre de services des professionnels aux services d'urgences.
- L'implantation de la réorientation de la clientèle des urgences se termine au sein des urgences du CHU de Québec-Université Laval. Nous continuons les travaux de consolidation avec le CIUSSS-CN afin de réorienter la clientèle non urgente vers les cliniques de première ligne de façon sécuritaire, avec les outils nécessaires.

1.09.43 — PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures

- Résultats stables par rapport à l'année dernière et cible non atteinte. L'organisation médicale est parfois complexe en raison de la réduction du nombre de médecins causée par le non-remplacement de certains départs ou l'absence pour congé de maternité.
- Les critères utilisés pour la répartition régionale des ambulances provoquent des arrivées massives de patients qui excèdent la capacité d'accueil des milieux et la prise en charge médicale plus rapide. La mise en place de mécanismes de concertation entre les différents partenaires devrait aider à la progression de cet indicateur.

1.09.44 — PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures

- L'implantation de la réorientation de la clientèle des urgences se termine au sein des urgences du CHU de Québec-Université Laval. Nous continuons les travaux de consolidation avec le CIUSSS-CN afin de réorienter la clientèle non urgente vers les cliniques de première ligne de façon sécuritaire, avec les outils nécessaires

On remarque une légère détérioration des indicateurs de performance. Un partage et des travaux en cogestion (médico-nursing) sur les indicateurs de gestion et d'imputabilité au sein de la direction des soins critiques et du département de médecine d'urgence devront être effectués afin de trouver des mesures pérennes pour améliorer ces indicateurs.

Il n'y a pas de problèmes connus à signaler sur les indicateurs outre la non différenciation entre les clientèles de santé physique et de santé mentale qui dépendent de deux entités distinctes.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
CHIRURGIE			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	33	0	76
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	575	740	832

COMMENTAIRES

Nombre de chirurgies en attente de plus d'un an :

La cible est non atteinte pour l'indicateur du nombre de chirurgies en attente depuis plus d'un an. La problématique des 76 cas est très circonscrite dans une seule spécialité qui est l'orthopédie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Malgré tous les efforts d'attribution de priorités opératoires en fonction des listes d'attente et des patients hors délais, la quantité de requête opératoire est en hausse importante dans cette spécialité et les contraintes sont nombreuses. Plus de 250 priorités supplémentaires ont été accordées à l'orthopédie dans la dernière année et la situation se détériore toujours. Les contraintes les plus importantes sont la disponibilité des équipements, des instruments, l'assistance opératoire et la disponibilité des lits. La majorité de nos cas hors délais sont des patients nécessitant des lits en post-opératoire et la situation de la dernière année quant à l'accès aux lits, surtout à l'HEJ, a été critique.

Il faut tout de même souligner l'effort des orthopédistes dans l'actualisation de la deuxième offre à l'interne du CHU. La situation liée à la pandémie aura un impact dans l'atteinte des résultats face à cette cible, à la suite des nombreuses mesures mises en place pour faire face à la crise.

La cible est très difficile à établir compte tenu du contexte. Nous sommes cependant très confiants que les efforts de co-gestion, tant avec la spécialité qu'avec les comités de blocs opératoires locaux, nous permettront de résoudre la problématique.

Nombre de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois :

Nouvel indicateur de gestion apparu à la fin janvier auquel nous n'aurons pas réussi à nous conformer dans les délais. Nous nous sommes attaqués à l'analyse de l'évolution défavorable de cet indicateur dès l'automne dernier. Cet indicateur est l'un des principaux que nous suivons en salle de pilotage stratégique et tactique car il est très difficile de comprendre le phénomène pour l'instant et les moyens pour tenter de résoudre cette problématique sont particulièrement complexes. Il y a cependant 2 facteurs importants identifiés à cette hausse qui sont l'effet de l'implantation du Centre régional de répartition des demandes de service (pour les rendez-vous auprès de spécialistes) et le nombre de requêtes opératoires en hausse. Notre analyse de février dernier démontre que malgré tous les travaux associés à la distribution des priorités opératoires en fonction des cas hors délais, des listes d'attente et du nombre de requêtes produites, le manque à gagner en temps opératoire pour éliminer ces hors délais sont grandissants. Un total de 880 priorités sont manquantes pour atteindre la cible de 0 patient de plus de 6 mois d'attente.

Le CHU, incluant tous les chirurgiens et anesthésistes, est mobilisé afin de résoudre cette problématique qui nécessite l'implication de tous. Tout juste avant la pandémie, le comité stratégique du secteur chirurgical a convenu de donner un tour de roue supplémentaire à nos travaux actuels d'attribution de temps opératoires aux bons patients, en plus d'entreprendre les démarches nécessaires avec le privé et le ministère afin d'atténuer cet écart grandissant.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	43,8 %	100 %	71,4 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	94,2 %	100 %	72,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	98,2 %	100 %	98,6 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	69,6 %	85 %	51,6 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	95,3 %	100 %	84,1 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	77,6 %	90 %	58,8 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	77,2 %	95 %	81,4 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	63,1 %	75 %	54,1 %
Plan stratégique 15-20 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)	94,6 %	100 %	88,5 %

COMMENTAIRES

Scopies

Engagement non atteint. Cependant, les résultats de l'année représentent une nette amélioration comparativement à l'année précédente, grâce notamment à l'efficacité de la gestion de la liste d'attente à la suite de l'implantation du logiciel eRV.

- Attente liée principalement à la présence requise d'un professionnel pour la réalisation de l'examen (orthophoniste, nutritionniste, etc.)
- Délai de 30 jours engendré par le retour médical lors la gestion des demandes non-conformes pouvant avoir un impact sur les données statistiques périodiques

Mesures correctives

- Diriger les patients vers les cliniques privées lorsque possible puisqu'aucun frais pour eux.
- Élimination de la double attente pour un même patient pour les examens Infiltrations -TDM et IRM (la bonne catégorie pour la bonne demande).
- Mise en place d'un processus plus rigoureux de gestion des mécanismes d'accès et d'épuration des listes d'attentes en continue, et ce, réalisé par une ressource dédiée. L'implantation du module de création de la demande de service (DS) dans le logiciel eRV a permis également de bonifier nos pratiques à cet égard.
- Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
- Réduction du mouvement de la main-d'œuvre pour les agentes administratives.

Mammographies diagnostiques

Engagement non atteint.

- Absence de ressources techniques (maladie) donc diminution de programme.
 - Embauche et formation en mammographie des nouveaux technologues.
- Difficultés dans la dotation des rendez-vous, par manque de ressources.
 - Proposition d'intégrer la mammographie au logiciel eRV (logiciel de gestion des listes d'attente)
- Bris d'équipement et fermeture d'une salle désuète à l'automne (novembre) et retard de chantier dans l'installation de la nouvelle salle (mars).

Mesures correctives

- Une meilleure gestion de la liste d'attente sera possible avec l'implantation du logiciel eRV qui débutera au début de l'été 2020
- Mise en place d'un processus de gestion des mécanismes d'accès et d'épuration des demandes en attente.
- Effectuer un suivi plus rigoureux de données saisies et éliminer les doubles attentes pour les rendez-vous coordonnés.
- Envisager de rediriger la clientèle vers les cliniques privées, dans le respect de l'offre de service à titre de centre de référence et d'investigation désigné.
- Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie. Implication de la coordonnatrice dans la vérification des attentes et réalisation des audits à chaque période.
- Épuration de la liste d'attente par une technologue spécialisée.
- Réduction du mouvement de la main-d'œuvre pour les agentes administratives.
- Réalisation d'un guide clinique de priorisation en mammographie.
- Révision des bancs de travail (agentes administratives) dans la dotation des rendez-vous.

Échographies obstétricales

Engagement presque atteint. On dénote une stabilité des résultats de l'année comparativement à l'année précédente.

- Manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières pour l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.
- Oubli par les agentes de saisir le statut du rendez-vous (Venu/Non-Venu).

Mesures correctives

- Mise en place d'un contrôle de qualité pour validation du statut du rendez-vous une fois par période.
- Rehausser et adapter la formation donnée aux agentes administratives.

Échographies cardiaques

Engagement non-atteint. Diminution des résultats par rapport à l'an dernier.

- Considérant la pression engendrée pour diminuer la durée moyenne de séjour et l'augmentation des demandes internes (urgences, clientèle hospitalisée), cela nous oblige à diminuer les plages offertes aux patients électifs.
- Priorités cliniques à respecter. Certains examens doivent être faits rapidement, malgré qu'ils soient loin de la limite des 3 mois, ce qui nous empêche de faire les patients moins urgents en attente.
- Double attente pour un même patient jusqu'à l'implantation du module de gestion de la liste d'attente eRV.
- Problème au niveau de la saisie des données pour les contrôles de plus de 3 mois.
- La priorité d'accès aux examens d'échographie cardiaque est accordée à la clientèle inscrite des cardiologues et autres spécialistes du CHU et par la suite aux médecins de famille. Même si on constate une augmentation du nombre total d'examens réalisés pour la clientèle inscrite, le respect des délais pour la clientèle de 1^{re} ligne demeure un défi dans un centre hospitalier universitaire, car la capacité maximale est atteinte.
- Beaucoup de nouveaux technologues, ce qui cause une baisse de productivité versus un technologue expérimenté.
- Manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières pour l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.
- Dans certaines circonstances, on doit coordonner l'examen avec une visite de contrôle amenant des délais qui sont liés à la disponibilité de consultation.

Mesures correctives

- Une meilleure gestion de la liste d'attente sera possible avec l'implantation du logiciel eRV.
- Rehausser et adapter la formation donnée aux agentes administratives.
- Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.

Échographies mammaires

Engagement non atteint. Diminution des résultats par rapport à l'an dernier.

- Nombre important de biopsies du sein sous échographie qui a occupé certaines plages dédiées à l'échographie mammaire. Évaluation de l'offre de service (biopsie versus échographie) en fonction de la priorisation.
- Diminution de la capacité en fonction de la disponibilité des ressources.
- Manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières pour l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.
- Mauvaise saisie de priorisation dans les examens de contrôle.

Mesures correctives

- Une meilleure gestion de la liste d'attente sera possible avec l'implantation du logiciel eRV.
- Évaluation de notre offre de service, augmentation du nombre de plages horaires.
- Implication de la coordonnatrice dans la vérification des attentes et réalisation des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.

Autres échographies

Engagement non atteint.

- Diminution de l'offre de service en raison de la couverture médicale.
- Problème au niveau de la saisie des données.
- Délai occasionné par des rendez-vous coordonnés avec d'autres spécialistes.
- Délai occasionné pour des examens qui demande une expertise particulière des radiologistes.
- Disponibilité des patients (certains patients ne sont pas disponibles pendant plusieurs mois).
- Manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières pour l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.

Mesures correctives

- Une meilleure gestion de la liste d'attente sera possible avec l'implantation du logiciel eRV.
- Optimisation de notre offre de service si possible.
- Implication de la coordonnatrice dans la vérification des attentes et réalisation des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
- Amélioration de l'offre de service pédiatrique.

Tomodensitométries

Engagement non-atteint. Amélioration des résultats 2019-2020 par rapport à 2018-2019 malgré le délestage lié à la COVID-19 dans la dernière période financière.

- Volume de demandes entrantes en constante augmentation.
- Mouvement de main-d'œuvre important au niveau des agentes administratives.
- Délai de 30 jours engendré par le retour médical lors de la gestion des demandes non-conformes pouvant avoir un impact sur les données statistiques périodiques.
- Délai occasionné par des rendez-vous coordonnés avec d'autres spécialistes.
- Délai occasionné pour des examens qui demande une expertise particulière des radiologistes.
- Disponibilité des patients (certains patients ne sont pas disponibles pendant plusieurs mois).
- La création d'indicateurs a permis de cibler plus rapidement les problématiques et d'apporter des corrections.

Mesures correctives

- Adaptation de l'offre de service en fonction de la demande.
- Optimisation de la répartition des ressources adaptée au niveau d'activité.
- Mise en place d'un processus plus rigoureux de gestion des mécanismes d'accès et d'épuration des listes d'attentes en continue, et ce, réalisé par une ressource dédiée. L'implantation du module de création de la demande de service (DS) dans le logiciel eRV a permis également de bonifier nos pratiques à cet égard.
 - Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
- Nouvelle trajectoire optimisée de priorisation clinique.
- Réduction du mouvement de la main-d'œuvre pour les agentes administratives.

Résonances magnétiques

Engagement non-atteint. Amélioration des résultats 2019-2020 par rapport à 2018-2019 malgré le délestage lié à la COVID-19 dans la dernière période financière.

- Volume de demandes entrantes en constante augmentation qui dépasse la capacité.
- Mouvement de main-d'œuvre important au niveau des agentes administratives.
- Problème au niveau de la saisie des données.
- Délai occasionné à cause des rendez-vous coordonnés avec d'autres spécialistes.
- Délai occasionné pour des examens qui demande une expertise particulière des radiologistes.
- Plusieurs patients ne se présentent pas à leur rendez-vous.
- Délai de 30 jours engendré par le retour médical lors la gestion des demandes non-conformes pouvant avoir un impact sur les données statistiques périodiques.
- Examen sous anesthésie diminue la performance.
- Création d'indicateurs a permis de cibler plus rapidement les problématiques et d'apporter des corrections.

Mesures correctives

- Déploiement de la gestion des rendez-vous et de la liste d'attente par le centre de rendez-vous en imagerie médicale est en cours, et ce, pour les 5 sites.
- Ouverture de plages restantes de nuits (5 sites 7jours/7, 24 h/24).
- Projet en cours pour améliorer la pertinence des examens.
- Projet de centralisation de la gestion des rendez-vous pour l'ensemble des 5 sites.
- Mise en place d'un processus plus rigoureux de gestion des mécanismes d'accès et d'épuration des listes d'attentes en continue, et ce, réalisé par une ressource dédiée. L'implantation du module de création de la demande de service (DS) dans le logiciel eRV a permis également de bonifier nos pratiques à cet égard.
- Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.
- Création des guides de priorisations cliniques. Création et harmonisation des guides techniques.
- Stabilisation du mouvement de la main-d'œuvre au niveau des agentes administratives.
- Optimisation de la répartition des ressources adaptées au niveau d'activité.

Tomographies par émission de positrons (TEP)

Engagement non-atteint.

- Bris fréquents d'un appareil en fin de durée de vie et perte de capacité lors de la solution transitoire de mitigation
 - Mise en place d'un corridor de service avec l'IUCPQ et Lévis durant le changement d'appareil
 - Octobre 2019 à mars 2020 : mise en fonction du nouvel appareil. Augmentation du nombre d'exams faits par jour, appareil très performant
- Manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières pour l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.

Mesures correctives

- Rehausser et adapter la formation donnée aux agentes administratives.
- Réaliser des audits à chaque période pour s'assurer de la qualité de la saisie.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
RESSOURCES MATÉRIELLES			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %

COMMENTAIRES

L'atteinte de l'engagement et les résultats obtenus sont soutenus par des mesures de formation continue, d'amélioration continue, de contrôle de la qualité, d'harmonisation de processus, de pérennité de processus et de vigie des meilleures pratiques. Cela afin d'assurer le respect de l'engagement et ainsi assurer le maintien de l'atteinte des résultats.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019-2020
RESSOURCES HUMAINES			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,11 %	6,08 %	6,15 %
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,25 %	3,19 %	3,21 %
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,52 %	1,50 %	1,43 %
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	NA	91,9 %	92 %

COMMENTAIRES**Ratio d'heures en assurance-salaire et présence au travail**

Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 %, en légère détérioration comparativement à l'an dernier

- Rareté de main-d'œuvre et un faible taux de rétention;
- Impact de la pandémie COVID-19;
- Augmentation du nombre de réclamations (+ 93);
- Augmentation de la durée des absences;
- Charge de travail, équilibre travail – vie personnelle. Adaptation au travail (facteurs plus fréquents).

Mesures correctives

- Démarche d'analyse de risques psychosociaux dans 5 nouvelles unités ou services;
- Gestion des employés présentant un profil d'absentéisme chronique;
- Embauche d'une ergothérapeute pour soutenir le maintien et la réintégration au travail des employés;
- Achat d'équipements pour réduire la charge de travail;
- Validation plus systématique des dossiers entre les conseillers et les gestionnaires;
- Nouvelle procédure de déclaration des absences.

Le ratio d'heures en assurance-salaire a augmenté dans la majorité des établissements du Québec. L'augmentation du CHU a été moins importante, ce qui nous positionne maintenant au troisième rang parmi les établissements du réseau. Des améliorations significatives sont observées dans certains services ou unités où des interventions concertées ont été réalisées. L'équipe du service étant maintenant complète, nous devrions constater les effets des mesures mises en place au cours de l'année. La gestion des facteurs organisationnels constitue un élément clé pour améliorer notre performance.

Heures supplémentaires

Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 %, en légère amélioration comparativement à l'an dernier.

- Manque de main-d'œuvre infirmière

Mesures correctives

- Rehaussement de l'embauche dans le titre d'emploi infirmière;
- Mise sur pied d'un comité stratégique en planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- Création de cohortes « formation adaptée en milieu de travail » et « reconnaissance des acquis » pour favoriser le recrutement de préposés aux bénéficiaires;
- Instauration de la démarche « En mode solutions » pour augmenter la rétention et diminuer le temps supplémentaire;
- Instauration d'une démarche visant à revoir complètement nos mécanismes de répartition et d'affectation de la main-d'œuvre infirmière.

Nous constatons que nous sommes l'établissement avec le taux de temps supplémentaire le moins élevé de tout le réseau en 2019-2020.

Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

Cible dépassée

- Depuis des années nos efforts pour diminuer les heures supplémentaires ont permis de diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Ratio de présence au travail

Cible atteinte

- Taux d'assurance-salaire relativement peu élevé
- Multiple initiatives visant le maintien au travail
- Offre de postes à temps complet

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET À LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence. Il s'assure qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches et assure la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents, et recommander au C.A. la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu quatre rencontres, avec un taux de participation de 79 %.



NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)	
Mme Geneviève Larouche, présidente	Représentante du C.A.
M. Marc-André Gélinas, vice-président	Représentant au service santé, sécurité et qualité de vie au travail à la Direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation
Mme Michèle Ricard, secrétaire	Adjointe au directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles – gestionnaire de risques
Mme Fanny Beaulieu	Responsable au programme de prévention et de contrôle des infections
Dr Stéphane Bergeron	Directeur adjoint des services professionnels
Mme Caroline Bouchard	Représentante de la Direction de la logistique – approvisionnement et contrats
Mme Marlène Chevanel	Partenaire de l'établissement
M. Mario Chrétien	Officier de radioprotection
M. Martin Coulombe	Représentant de la Direction médicale des services hospitaliers
M. Martin Darveau	Représentant du Département de pharmacie
M. Charles Demers-Tremblay	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
Mme Stéphanie Drouin	Représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle
Mme Anne Gignac	Répondante en sécurité civile
M. Olivier Godbout	Représentant du conseil des infirmières et infirmiers
Mme Lucie Grenier	Représentante du Président-directeur général
M. Éric Hufty	Représentant du comité des usagers
Mme Caroline Imbeau (jusqu'en novembre 2019)	Directrice générale adjointe, soutien et administration et directrice de la logistique
Mme Martine Lachance	Directrice clientèle – médecine
M. Daniel La Roche	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
Mme Jocelyne Lévesque	Représentante du conseil multidisciplinaire
Mme Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
Mme Renée Morin	Représentante du comité des usagers
M. Bruno Pelletier	Représentant du Service de génie biomédical
Dre Marie-Ève Samson	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dre Hélène Senay	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires

L'agrément

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

L'établissement a été visité par Agrément Canada en septembre 2019 pour les phases 1 et 2 du cycle d'agrément 2018-2023. Un taux global de conformité à 96,6 % a alors été obtenu.

Cette visite a permis d'évaluer les normes de :

- Gouvernance;
- Leadership;
- Gestion des médicaments;
- Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables;
- Prévention et contrôle des infections;
- Services de périnatalité et d'obstétrique;
- Services de procréation médicalement assistée.

Dans son dernier rapport, Agrément Canada a émis quatre recommandations portant sur le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables et une recommandation liée à la réalisation du bilan comparatif des médicaments en obstétrique. Ces recommandations sont en cours d'implantation depuis la réception du rapport.

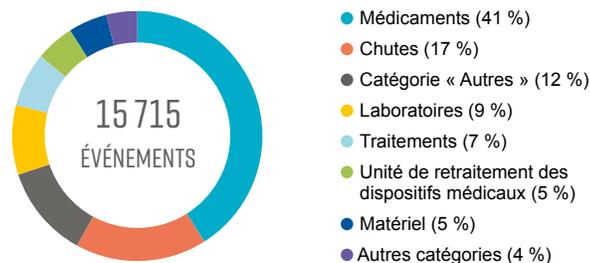
La sécurité et la qualité des soins et des services

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

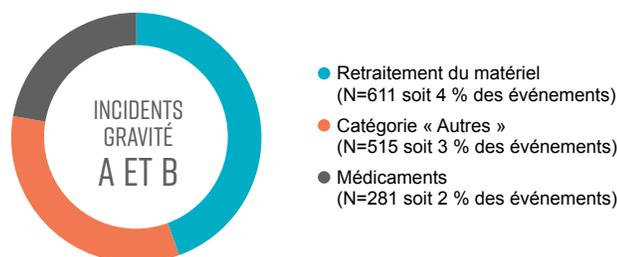
Dans le contexte où l'implantation du nouveau système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en remplacement de Gesrisk était prévue au 1^{er} avril 2020, plusieurs activités de promotion, d'information et de formation ont été réalisées au cours de l'année. Le plan de communication lié à SISSS prévoyait notamment un article dans *Le Chuchoteur*, des présentations aux rencontres de site et à des groupes ciblés, un suivi semestriel au comité de direction, etc. De plus, la tenue du *Mois Promotion Qualité* fut aussi l'occasion de rappeler l'importance de la déclaration des événements indésirables.

Nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) et des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

En 2019-2020, on dénombre 15 715 événements rapportés (incidents et accidents) ainsi répartis :

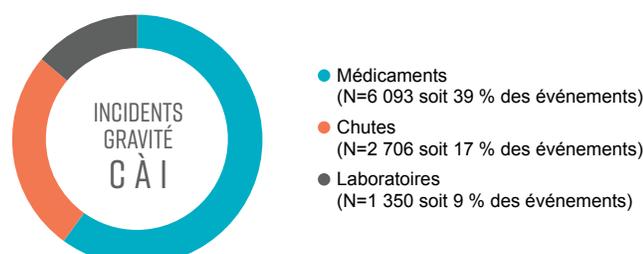


Les trois principaux types d'incidents (gravité A et B) sont les suivants :



Les incidents de la catégorie « Autres » sont principalement des erreurs liées au dossier.

Quant aux trois principaux types d'accidents (gravité C à I), il s'agit de :



Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incidents-accidents identifiés

Le comité de gestion des risques a émis quatre recommandations au cours de l'année 2019-2020. Les deux premières portaient sur la coordination en sécurité civile et mesures d'urgence : ce sujet constitue maintenant un point statutaire à l'ordre du jour du comité de gestion des risques et les activités du comité de coordination en sécurité civile ont été reprises. Les deux dernières appuyaient le retrait du produit de nettoyage Oxivir en format liquide suivant la recommandation du coroner, notamment par un avis aux directeurs et une présentation au comité clinique stratégique.

Au cours de l'année 2019-2020, tant les événements sentinelles et situations à risque que les principaux risques retenus en raison de leur fréquence ou de leur gravité ont fait l'objet de discussions et des suivis requis. Pour ce faire, l'expertise et la collaboration des membres du comité des événements sentinelles, du groupe d'experts en prévention des chutes et approches adaptées, du comité de sécurité des soins intensifs et du comité sur la sécurité des médicaments ont été régulièrement sollicités.

Les dossiers suivants ont fait l'objet d'un suivi continu au comité de gestion des risques :

- La gestion des avis, alertes et rappels ;
- L'implantation de la Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses ;
- L'inspection des locaux d'entreposage des matières dangereuses ;
- La conformité et la gestion des bonbonnes de gaz ;
- La substitution de produits et fournitures versus les impacts sur les unités du CIUSSS CN en nos murs ;
- L'implantation du bilan comparatif des médicaments ;
- L'implantation et l'état d'avancement du Programme québécois de soins sécuritaires ;
- La révision du processus de transports des usagers ;
- La gestion des produits dangereux de nettoyage ;
- La procédure de transmission de l'information aux points de transition ;

Les rapports des instances et groupes ci-dessous :

- Santé, sécurité et qualité de vie au travail ;
- Sécurité transfusionnelle ;
- Sécurité civile et physique ;
- Radioprotection ;
- Prévention et contrôle des infections ;
- Sécurité informationnelle.

Les trois rapports trimestriels en matière de sécurité des soins et des services ont présenté diverses améliorations. Parmi celles-ci, notons :

- L'installation ou la réparation du système de freinage des fenêtres ;
- L'harmonisation de la préparation, de la dilution et de l'identification de la médication du bloc opératoire ;
- La révision des méthodes de soins gastriques et entériques (installation et surveillance des gavages) ;
- L'harmonisation de l'identification du numéro des portes et de la signalisation dans les aires des consultations externes au CHUL.

Finalement, un volet de gestion des risques a été créé pour accompagner la gestion des activités liées à la pandémie de la COVID-19 depuis février 2020.

Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) constituent une préoccupation continue du comité de gestion des risques, composé notamment de quelques membres du comité directeur PCI de l'établissement.

Au cours de l'année 2019-2020, les suivis et recommandations ci-dessous ont été effectués par le comité de gestion des risques :

- L'état de réalisation du plan d'action visant la réduction de la transmission nosocomiale des bacilles gram négatif multi-résistante (BGNMR) à L'Hôtel-Dieu de Québec ;
- L'évolution du taux d'hygiène des mains avant et après un contact avec un patient ;
- L'état de situation à l'unité néonatale aux prises avec des cas d'infection et de colonisation au *Bacillus cereus* ainsi que de l'état d'avancement du plan d'action concerté avec la Direction régionale de la santé publique ;
- L'implantation de la recommandation visant la substitution de l'Oxivir en format liquide par les lingettes d'Oxivir et la réintroduction contrôlée auprès de clientèles ciblées en raison de la pénurie de lingettes en contexte de pandémie ;
- L'évolution des taux de différentes infections et leur conformité aux cibles ministérielles ;
- Les mesures de conformité de trois pratiques exemplaires ciblées du Programme québécois de soins sécuritaires soit la prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux et aux accès vasculaires en hémodialyse et de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique ;
- La réalisation de la campagne de vaccination antigrippale, laquelle est associée au Mois promotion qualité de l'établissement ;
- Les mesures préconisées pour se préparer à la pandémie à la COVID-19 et pour y faire face efficacement, afin de protéger toute personne qui est soignée, qui visite ou qui travaille au sein de l'établissement.

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

Ce rapport présente les résultats des mesures de prévalence portant sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se sont tenues sur toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval. Également, vous pourrez constater les activités effectuées au courant de l'année favorisant une réduction de leur utilisation.

Le taux de prévalence est le nombre d'usagers dont une mesure de contrôle a été appliquée pendant une période de 24 heures divisé par le nombre total d'usagers hospitalisés ou à l'urgence. Ces mesures se sont déroulées le 13 novembre 2019 et le 12 février 2020.

Pour l'ensemble du CHU de Québec-Université Laval, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle s'est établi, pour les rapports 2019-2020, à 2,19 % et à 1,52 %. Ainsi, pour l'année 2019-2020, on constate une réduction importante du nombre d'usagers sous mesures de contrôle. Il demeure tout de même pertinent de rappeler que la mesure de prévalence est une méthode de collecte de données efficace, mais qui possède des limites quant à sa précision longitudinale.

Le tableau suivant présente les taux de prévalence des mesures de contrôle de 2015 à 2020 par site :

Site	Date	2019 2020		2018 2019		2017 2018		2016 2017		2015 2016
		Nov. 2019	Fév. 2020	Nov. 2018	Fév. 2019	Nov. 2017	Fév. 2018	Nov. 2016	Fév. 2017	Mars 2016
HEJ		5,57 %	4,99 %	5,97 %	5,74 %	6,83 %	4,50 %	8,93 %	10,03 %	6,78 %
HSS		0,76 %	0,78 %	2,50 %	0,81 %	3,19 %	2,40 %	3,91 %	3,00 %	6,92 %
CHUL		1,32 %	0,94 %	1,24 %	0,68 %	1,01 %	1,81 %	0,99 %	1,01 %	1,82 %
HSFA		2,51 %	0,87 %	1,24 %	3,38 %	2,16 %	2,89 %	3,29 %	2,16 %	2,49 %
HDQ		0,80 %	0,00 %	1,29 %	1,47 %	0,75 %	1,59 %	1,86 %	1,62 %	1,76 %
CHU de Québec-UL		2,19 %	1,52 %	2,89 %	2,90 %	2,84 %	2,95 %	4,48 %	4,02 %	3,85 %

Depuis mars 2016, les unités de gériatrie et de psychiatrie cédées au CIUSSS de la Capitale-Nationale ne sont plus comptabilisées.

La sensibilisation des professionnels face à l'utilisation des mesures de remplacement aux mesures de contrôle s'est poursuivie par des formations sur l'utilisation des mesures de contrôle, la documentation associée, ainsi que par la formation OMÉGA qui vise, entre autres, la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle par des méthodes alternatives. En février et mars 2020, un outil permettant de dépister les usagers à risque d'agressivité a également été déployé sur certaines unités ciblées. Cet outil favorise une analyse et une prise en charge précoce des comportements des usagers à risque d'agressivité, pouvant produire une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle en deuxième temps.

Au cours de l'année 2019-2020, des suivis ont été effectués auprès des unités présentant un haut taux d'utilisation des mesures de contrôle. Également, l'implication de l'équipe de soutien aux opérations cliniques dans la formation des employés de certaines unités de soins sur l'utilisation des mesures de contrôle a permis de rappeler les bonnes pratiques associées à leur utilisation.

Depuis l'automne 2018, le CHU a réactivé un comité tactique sur la prévention des chutes, les mesures de contrôle et les surveillances, regroupant des cliniciens et des gestionnaires dans la perspective d'améliorer globalement les soins administrés aux patients et favoriser une gestion des risques appropriée. Ce comité porte, entre autres, sur la mise en place de moyens concrets pour atteindre différents objectifs de qualité concernant l'utilisation des mesures de contrôle au sein du CHU de Québec-Université Laval. Le comité s'est rencontré à quelques reprises au courant de l'année afin de réfléchir aux pistes d'amélioration possibles.

Les travaux sont également en cours afin de finaliser le formulaire électronique de contention-isolement qui permettra d'effectuer une vigie constante en lien avec le respect des procédures et de la qualité des interventions lors de la mise en place de mesures de contrôle. Grâce à cet outil, nous espérons également être en mesure de retracer plus précisément les causes qui ont mené à l'utilisation des mesures de contrôle. Cet outil devrait être déployé au CHU de Québec-Université Laval au cours de l'année 2020-2021. Afin de s'assurer d'une interprétation fiable des résultats obtenus par le biais du formulaire électronique, deux mesures de prévalences usuelles seront effectuées au cours de l'année 2020-2021.

Finalement, pour l'année 2020-2021, des activités de consolidation sur le protocole d'application des mesures de contrôle, principalement sur la documentation, les impacts des mesures de contrôle sur les usagers et leurs familles, l'aspect légal et la collaboration interdisciplinaire seront offerts par le biais d'une formation. Une analyse approfondie et des actions ciblées pour certaines unités présentant un haut taux d'utilisation des mesures de contrôle seront effectuées.

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

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 6 reprises durant l'année, soit les 15 avril, 3 juin, 9 septembre, 7 novembre 2019 et les 20 janvier et 9 mars 2020.

En cours d'année, le comité a regroupé les activités du comité des services aux clientèles et du comité de vigilance et de la qualité. À ce titre, il a exercé l'ensemble des fonctions anciennement dévolues à l'un et l'autre de ces comités.

Au plan de la population et de l'accessibilité il a assuré, d'une part, le suivi des listes d'attente et des délais moyens et, d'autre part, du Chantier accès portant sur l'ensemble de nos activités ambulatoires. Il a également assuré un certain nombre d'activités visant à mieux connaître les clientèles desservies par l'établissement.

En ce qui a trait à la sécurité des soins et des services, il s'est assuré de la qualité des processus de gestion des risques par la prise en considération du plan de sécurité de l'établissement, des rapports trimestriels sur les incidents et accidents et de la gestion des gardes en établissements, pour ne nommer que ceux-là.

En période de pandémie, il a également examiné le traitement réservé à la gestion des risques.

En ce qui concerne les services centrés sur les usagers, il a fait le suivi du traitement des plaintes, tant en première instance qu'en deuxième instance (Protecteur du Citoyen) et s'est préoccupé de la situation des médecins examinateurs. Le comité des usagers a régulièrement fait rapport au comité de ses réalisations en cours d'année. Le comité a par ailleurs pris connaissance de nombreux rapports d'évaluation de l'expérience-patient réalisés dans différents secteurs des cinq hôpitaux du CHU, de même que des plans d'amélioration qui y sont liés.

Au plan plus spécifique de la qualité, il a examiné les activités liées aux soins en fin de vie et à l'aide médicale à mourir. Il a débuté un suivi des projets en pertinence réalisés dans l'établissement et a continué de suivre l'évolution des processus d'agrément et de certification en cours, de même que l'insertion au tableau intégré du suivi des plans d'amélioration des recommandations qui pourraient être adressées au CHU de Québec-Université Laval.

Recommandations adressées à l'établissement par le commissaire aux plaintes.

MOTIFS	NOMBRE DE RECOMMANDATIONS	MESURES MISES EN PLACE
Accessibilité	3	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la prise en charge des femmes qui se présentent pour une interruption volontaire de grossesse dans les cliniques de planification des naissances du CHUL et de l'HSFA; Diminution des délais pour obtenir un résultat à la suite d'une consultation en allergologie; Amélioration de l'accès téléphonique du service de l'échographie obstétricale.
Soins et services	10	<ul style="list-style-type: none"> Modification de l'approche clinique pour les usagers qui se présentent dans les urgences à la suite d'une intoxication; Application des mesures de contrôle dans le respect des procédures pour les urgences du CHU; Réévaluation systématique de tous les usagers dont la situation clinique se détériore à la suite du triage.
Aspects financiers	82	<ul style="list-style-type: none"> Révision du processus de facturation pour les usagers non résidents; Ajustement de la facture pour les usagers selon les procédures en vigueur; Modification des moyens mis en place permettant que le personnel des admissions transmette une information juste et uniforme aux usagers qui font un choix de chambre dans le CHU.
Organisation du milieu et ressources matérielles	8	<ul style="list-style-type: none"> Ajustement des heures d'ouverture du service de prélèvement afin qu'il respecte l'horaire diffusé; Complétion systématique des rapports incident accident à la suite d'un événement indésirable dans les services de biologie médicale; Modification de la politique sur la protection des biens personnels afin que celle-ci s'applique dans toutes les installations du CHU; Révision de l'aménagement physique permettant de limiter la circulation dans une des salles d'attente de HEJ et offrant un meilleur accès à la salle de bain; Présentation d'un plan permettant l'accès aux personnes significatives en tout temps dans les urgences du CHU pour répondre aux objectifs de la campagne « Meilleurs ensemble ».
Droits particuliers	2	<ul style="list-style-type: none"> Modification du processus d'admission qui respecte les règles de confidentialité des usagers qui se présentent au bloc chirurgical le matin de leur chirurgie.

En somme, 82 recommandations avaient une portée individuelle et 23, une portée systémique.

Dans les faits, 78 % des recommandations émises concernaient les frais de chambre aux usagers ainsi que la facturation des non résidents du Québec pour les soins et services reçus. Des travaux

avec la Direction des ressources financières ont été amorcés dans l'objectif d'améliorer des lacunes concernant la facturation.

Enfin, toutes les recommandations ont fait l'objet d'un suivi de la part des directions concernées à l'exception d'une seule, dont le commissaire est en attente d'une réponse.

Recommandations adressées à l'établissement par le Protecteur du citoyen.

MOTIFS	RECOM.	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
Plainte reliée aux conditions d'attente à l'urgence de HSS et au délai d'attente pour le transport médical	2	<ul style="list-style-type: none"> Rappel fait auprès du personnel infirmier sur les normes de l'<i>Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence</i> relatives à la réévaluation des personnes présentes dans la salle d'attente ou en attente d'une prise en charge par un médecin. Déploiement d'un outil de communication au dossier du patient permettant de s'assurer que les informations concernant le retour à domicile ont bien été transmises aux patients ainsi qu'aux accompagnateurs lors du départ de celui-ci.
Mauvaise évaluation de la douleur lors d'un séjour à l'urgence	3	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation de l'échelle de Glasgow a été bonifiée par l'ajout de l'échelle de Cincinnati. Rappel faits aux équipes de soins des 5 urgences du CHU pour l'ensemble de l'évaluation neurologique au triage. Rappel fait auprès des équipes concernant l'évaluation des signes neurologiques dans le secteur civière. Lors de l'évaluation au triage, l'inscription de la douleur est désormais obligatoire pour plusieurs raisons de consultations, telles que les traumatismes. L'évaluation de la douleur doit être inscrite par les infirmières dans les notes complémentaires. Le personnel a reçu la formation requise à cet égard. La fiche clinique a été mise à jour, basée sur l'ajout d'une section portant sur l'approche adaptée à la personne âgée. Des infirmiers super-utilisateurs ont été formés et libérés sur chacun des quarts de travail afin de consolider la pratique, autant pour les infirmières que les préposés aux bénéficiaires.
Absence de soins d'hygiène, d'aide pour les repas et pour l'élimination	2	<ul style="list-style-type: none"> Infirmières formées quant aux rôles et attentes en regard de l'évaluation des besoins de base de l'utilisateur de 75 ans ou plus présentant un profil gériatrique. Modification du plan de travail des préposés aux bénéficiaires afin d'y intégrer davantage d'éléments d'autonomie fonctionnelle, et intégration au rapport inter-quart et interdépartemental de l'infirmière afin d'assurer la continuité des soins, lorsque requis. Mise en place d'un affichage avec l'acronyme AÎNÉES adapté aux urgences du CHU dans les urgences, qui présente les risques et les interventions associées, en lien avec l'autonomie fonctionnelle de nos patients. Une capsule clinique accompagne le déploiement de cette affiche et souligne l'importance de l'évaluation et de la documentation de ces indicateurs au dossier par l'infirmière.
Refus de soins à l'urgence en raison de l'absence de carte d'assurance-maladie	5	<ul style="list-style-type: none"> Émission d'une directive pour assurer le triage de tous les patients se présentant à l'urgence. Triage et inscription de tous les patients se présentant dans les urgences, indépendamment qu'ils aient ou non une carte d'assurance maladie. Création d'un dossier pour colliger les évaluations et les interventions faites. Mise en place d'un processus à l'accueil des patients de l'urgence de l'HSS pour qu'une infirmière puisse faire une évaluation brève et complète du patient qui s'y présente. Émission d'une directive à l'effet qu'aucun personnel administratif ne doit et ne peut faire une évaluation de la condition physique ou mentale d'une personne qui se présente à l'urgence pour une consultation. Installation de caméras de surveillance dans la salle d'attente de l'urgence de l'HSS afin d'assurer une surveillance à distance et de façon plus optimale de la clientèle dans la salle d'attente.

Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Une recommandation du coroner a été adressée au CHU en 2019-2020. Le coroner recommandait le retrait rapide des contenants de substances dangereuses pour l'entretien ménager qui sont accessibles au public. Le produit visé par la présente étant disponible en format liquide ou solide (lingettes imbibées). Ce produit liquide a été remplacé par les lingettes lorsque possible. Dans les unités et services où la substitution était problématique, les bouteilles du produit ont été rangées dans des armoires barrées ou des lieux non accessibles au public. Un groupe de travail était en cours de réflexion pour identifier d'autres produits liquides accessibles au public au moment où l'urgence sanitaire liée à la COVID-19 a été annoncée.

Une recommandation adressée au ministère de la Santé et des Services sociaux a été transmise aux établissements du réseau de la santé. Celle-ci portant sur la sécurité des fauteuils à assise surbaissée. La vérification de tout le parc de fauteuils de l'établissement a été effectuée et aucune mesure corrective n'a été nécessaire.

Bien que sans recommandation du coroner, trois événements ont incité l'établissement à rédiger un plan d'action pour améliorer l'accompagnement d'enfants en transport aérien ÉVAQ par leurs parents, et pour réduire les risques de défenestration ainsi que ceux liés à l'administration de norépinephrine sur pompe.

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 (essentiellement mission centre hospitalier)

STATISTIQUES CONCERNANT LES GARDES EN ÉTABLISSEMENT « HORS CIUSSS »
ENTRE LE 1^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020

ÉTABLISSEMENT INSTALLATION	HEJ	CHUL	HDQ	HSFA	HSS	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive	46	6	()	47	()	105
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	20
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le Tribunal	7	()	0	()	()	15
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	8
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	()	0	()	0	7

() : Nombre trop petit pour en permettre la publication.

s.o. : sans objet

L'examen des plaintes et promotion des droits

Au cours de l'exercice 2019-2020, 1469 dossiers ont été ouverts au Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Par rapport à l'année dernière, nous avons reçu 418 plaintes générales, ce qui représente une diminution de 3 %, et 132 plaintes médicales, ce qui représente une augmentation de 17 %. De plus, 94 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.

DOSSIERS	2019 2020	2018 2019	2017 2018	ÉCART
Plaintes générales	418	432	437	▼ 3 %
Plaintes médicales	132	113	104	▲ 17 %
Demandes d'assistance	289	320	352	▼ 10 %
Interventions	531	419	403	▲ 27 %
Consultations	99	87	84	▲ 14 %
Nombre total de dossiers traités	1469	1371	1380	▲ 7 %



En ce qui concerne le pourcentage de répartition des motifs de plaintes générales, les motifs les plus fréquents concernent les soins et les services (23 %), l'accessibilité (14 %), les relations interpersonnelles (26 %), l'aspect financier (24 %). Par ailleurs, 105 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 à l'exception d'une seule qui est toujours en attente d'un suivi. Aussi, 51 % des motifs de plainte traités ont entraîné des mesures correctives.

Durant l'année 2019-2020, 25 dossiers ont été acheminés au Protecteur du citoyen, ce qui représente 5,9 % des plaintes.

Pour les autres formes de demandes reçues par la commissaire, on remarque une augmentation des interventions de 27 %, une augmentation des consultations de 14 % et une diminution des demandes d'assistance de 10 %.

Plus de 56 activités de promotions menées par les commissaires ont eu lieu au cours de la dernière année. Les commissaires ont 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 du 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 à l'adresse : www.chudequebec.ca ou sur demande, en s'adressant à la Direction générale ou au Bureau du commissaire 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 1^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020**

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)	2 659
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	160
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir (AMM) formulées	185
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	118
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs <ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la demande : 16 • Ne répond pas aux critères : 28 • Décès avant l'AMM : 7 • Demande d'AMM transmise au CIUSSS : 4 • Patient transféré ou retour à domicile : 4 • Demande en cours d'évaluation : 7 • Admis à la Maison Michel Sarrazin : 1 	67

* Les données peuvent évoluer, malgré que la codification soit majoritairement terminée pour cette période de temps.

LES RESSOURCES HUMAINES

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

	NOMBRE D'EMPLOIS AU 31 MARS 2019	NOMBRE D'ETC EN 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 455	3 699
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 480	2 017
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 050	1 831
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 911	1 687
5 - Personnel non visé par la loi 30	199	164
6 - Personnel d'encadrement	393	398
Total	11 488	9 796

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

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

Heures rémunérées

COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS - 31 MARS 2019 AU 28 MARS 2020			
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉMENTAIRES	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES
1 - Personnel d'encadrement	686 840	8 815	695 655
2 - Personnel professionnel	1 535 708	10 968	1 546 676
3 - Personnel infirmier	6 596 008	222 100	6 818 107
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 073 345	142 471	8 215 817
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 646 932	36 656	1 683 588
6 - Étudiants et stagiaires	25 649	34	25 683
Total 2019-2020	18 564 481	421 044	18 985 526
Total 2018-2019			18 646 539

Cible 2019-2020 : 18 942 755
Écart de 42 771
Équivaut à 0,2 %

Le CHU avait une cible de 18 942 755 heures rémunérées pour l'année 2019-2020. L'organisation a dépassé cette cible de 42 771 heures, ce qui équivaut à un écart de 0,2 %. Notons qu'il s'agit d'une amélioration notable par rapport à l'année précédente, où l'écart à la cible était de 0,8 %.

Ce dépassement d'heures s'est effectué dans trois principaux corps d'emploi offrant des soins et des services directs à la clientèle, soit le personnel professionnel, le personnel infirmier et le personnel de bureau. Pour ce dernier groupe, des projets organisationnels comme celui du Chantier accès visant à améliorer l'accès aux services pour le patient explique la nécessité temporaire d'attribuer plus de ressources que par les années antérieures. Nous devons aussi prendre en compte les répercussions organisationnelles liées à la COVID-19 ainsi que le développement de notre nouveau complexe hospitalier. Les différentes directions en dépassement d'heures soumettent également des mesures de redressement adaptées à leur réalité.

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2020

		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	Autres*	Sous total	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	289	177	104	262	75	32	939	1041
	Associés	40	10	15	23	9	1	98	
	Conseils	2	0	0	2	0	0	4	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	45	21	72	24	40	9	211	253
	Associés	9	3	4	20	3	3	42	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	40	34	37	33	22	1	167	173
	Associés	3	0	0	0	2	0	5	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	4	3	0	0	0	0	7	8
	Associés	0	0	0	1	0	0	1	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	

* Certaines activités médicales du CHU, dont en médecine de laboratoire et en santé communautaire, s'exercent également dans d'autres établissements du réseau de la santé.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-services



Budget 1,1 G \$

- Soins et services directs 79,15%
- Soutien direct aux services cliniques 6,62 %
- Bâtiments et équipements 7,45 %
- Administration 6,78 %

PROGRAMME	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%	\$	%
Santé publique	3 828 061 \$	0,36 %	4 643 093 \$	0,41 %	815 032 \$	21 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	1 595 370 \$	0,15 %	1 457 411 \$	0,13 %	(137 959) \$	-9 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3 866 153 \$	0,36 %	4 018 696 \$	0,35 %	152 543 \$	4 %
Déficiance physique	38 738 \$	0,01 %	38 903 \$	0,01 %	165 \$	0 %
Santé mentale	693 330 \$	0,06 %	453 160 \$	0,04 %	(240 170) \$	-35 %
Santé physique	833 833 667 \$	77,85 %	893 462 787 \$	78,21 %	59 629 120 \$	7 %
PROGRAMME DE SOUTIEN						
Administration	74 995 676 \$	7,00 %	77 477 122 \$	6,78 %	2 481 446 \$	3 %
Soutien aux services	73 059 604 \$	6,82 %	75 648 778 \$	6,62 %	2 589 174 \$	4 %
Gestion des bâtiments et des équipements	82 168 289 \$	7,67 %	85 221 128 \$	7,45 %	3 052 839 \$	4 %
TOTAL	1 074 078 888 \$	100 %	1 142 421 078 \$	100%	68 342 190 \$	6 %

Source: AS-471 – Pages 700-00 à 700-07

Nous vous invitons à consulter les états financiers complets inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site Web de l'établissement au www.chudequebec.ca pour obtenir plus d'information sur les ressources financières.

Rapport de la direction

exercice terminé le 31 mars 2020

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour ce faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

2020-06-15

Martin Beaumont

Date

Nom

Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)

2020-06-15

Gaston Bédard

Date

Nom

Signature de la personne désignée

Président du conseil d'administration

Fonction

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

L'équilibre budgétaire

Le CHU de Québec-Université Laval présente, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2020, un déficit global de 18 486 003 \$, composé d'un déficit de 17 784 913 \$ du fonds d'exploitation et d'un déficit de 701 090 \$ du fonds d'immobilisations.

L'établissement ne s'est pas conformé, en 2019-2020, à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit. Toutefois, le déficit en provenance du fonds d'immobilisations est compensé par les surplus accumulés des années antérieures. Concernant le déficit du fonds d'exploitation, un plan d'équilibre budgétaire sur quelques années a été présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

PROGRAMME	NOMBRE	VALEUR
Contrat de service avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	41	33 045 735 \$
Total des contrats de service	41	33 045 735 \$

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

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

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 2020		
R	PR	NR				
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
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			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
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 utilisateur 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 4 autres secteurs (6564-6565-7090-7553) nous allons faire la preuve en 19-20 que les utilisateurs sont uniques. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	
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						
Non applicable pour 2016-2017.						

exercice terminé le 31 mars 2020

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)					
Bien que les processus d'arrivées et de départs soient adéquats, il n'y a pas de révision périodique des accès des utilisateurs aux applications financières GRF, GRM et Paie.	2017-18	C	<p>Une révision des accès des utilisateurs est maintenant effectuée sur une base trimestrielle pour l'application GRF et bi-annuelle pour l'application GRM.</p> <p>Pour l'application Paie-RH, la gestion des accès est effectuée périodiquement et centralisée à la direction des ressources informationnelles.</p>	R	
Rapport à la gouvernance					
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	<p>Depuis le 1^{er} avril 2017 tous les nouveaux projets en développement informatique sont amortis sur 10 ans.</p> <p>Par contre, la situation n'a pas été corrigée rétroactivement pour les projets des années antérieures. Le solde d'amortissement cumulé est surévalué de 322 649 \$ au 31/03/2020.</p>		PR
Mettre en place une procédure d'analyse systématique des comptes à recevoir des non-résidents. Cette procédure permettrait de valider le total des comptes faisant l'objet d'ententes de paiement ainsi que les délais passés depuis les démarches de recouvrement.	2018-19	C	<p>Une procédure a été mise en place en 2019-2020 afin de mieux suivre les comptes à recevoir dû par les non-résidents et par le fait même poursuivre les démarches de recouvrement.</p>	R	

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

1 Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

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

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

ANNEXE I : LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

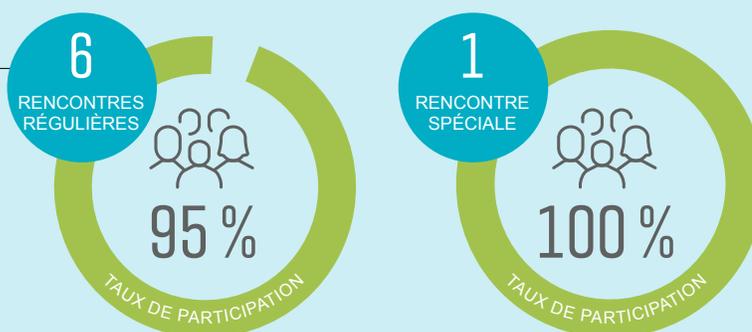
Comité de gouvernance et d'éthique

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C.A., et un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C.A.

Il doit procéder annuellement à l'évaluation du comité et à l'évaluation du fonctionnement du C.A. Enfin, il doit s'assurer que l'établissement se dote d'un cadre conceptuel en éthique qui inclut une saine gouvernance éthique tant organisationnelle, clinique que de la recherche.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 95 %, et une rencontre spéciale, avec un taux de participation de 100 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES	
		SÉANCES RÉGULIÈRES	SÉANCES SPÉCIALES
COMPOSITION DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)			
Mme Diane Jean, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M. Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M. Michel Bergeron <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	s.o.
M. Louis-Denis Fortin <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	s.o.
Mme Sophie Lefrançois <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	67 %	s.o.
Mme Sylvie Lemieux <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	s.o.
Mme Suzanne Petit <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	s.o.
Mme Marianne Talbot <i>(à partir du 23 septembre 2019)</i>	Membre désignée Conseil multidisciplinaire	100 %	100 %

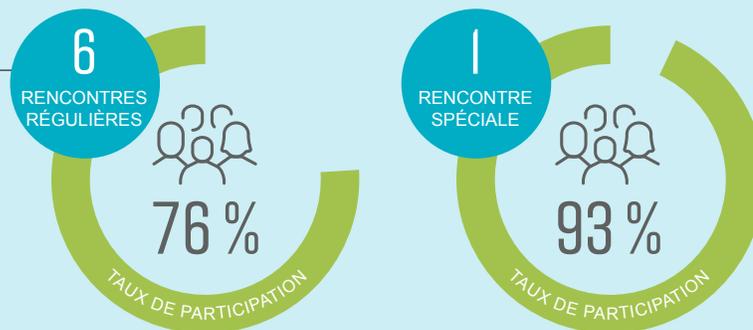
Le bureau du président-directeur général soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité de vérification

Le comité de vérification doit s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le C.A., de recommander au C.A. l'approbation des états financiers, de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces, ainsi que de formuler des avis au C.A. sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 76 %, et une rencontre spéciale, avec un taux de participation de 93 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES	
		SÉANCES RÉGULIÈRES	SÉANCES SPÉCIALES
COMPOSITION DU COMITÉ DE VÉRIFICATION (DU 1 ^{ER} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)			
Mme Sylvie Lemieux, présidente	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier, vice-président	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	83 %	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %	100 %
M. Michel Bergeron <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	67 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin <i>(à partir du 25 novembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	s.o.
Mme Diane Jean	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	33 %	s.o.
Mme Sophie Lefrançois <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	67 %	50 %
Mme Suzanne Petit <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	100 %

Le directeur des ressources financières soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le C.A. s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au C.A. et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Il doit également établir des liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au C.A. Il veille au respect des règles concernant la divulgation à un usager de l'information relative à un accident et les mesures de soutien mises à sa disposition. Il étudie les rapports sur l'expérience patient et la satisfaction des clientèles, puis suit l'évolution du déploiement de l'approche liée au partenariat avec les patients et les proches. Il étudie le plan d'action et le rapport annuel d'activités du comité des usagers et assure le suivi des recommandations. Enfin, il veille à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 90 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES
		SÉANCES RÉGULIÈRES
COMPOSITION DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)		
Mme Suzanne Petit, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M. Sylvain Gagnon, vice-président (à partir du 23 septembre 2019)	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	83 %
M. Louis-Denis Fortin (jusqu'au 23 septembre 2019)	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	67 %
Mme Marielle Philibert	Membre désigné Comité des usagers	100 %

Le directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité des services aux clientèles

Le comité des services aux clientèles a été aboli le 23 septembre 2019. La majorité de ses responsabilités ont été confiées au comité de vigilance et de la qualité.

Comité des ressources humaines et des communications

Le comité des ressources humaines et des communications a pour principales fonctions d'examiner le plan de main-d'œuvre pour toutes les catégories de personnel et de professionnel et de formuler des recommandations au C.A. De plus, il porte un regard sur les stratégies d'attraction et de rétention du personnel et s'assure que l'établissement met en œuvre les plans visant le développement des compétences du personnel. Il s'assure que des programmes et des plans d'action sont instaurés de manière à favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire. Il apprécie l'état des relations de travail entre l'établissement et les instances représentatives de son personnel. Il apprécie également la mise en œuvre et l'évolution du plan de communication et les stratégies visant à établir une communication fluide entre les intervenants internes de l'organisation. Il effectue une vigie sur les activités d'amélioration continue et sur l'intégration des activités de gestion du changement ainsi que le soutien aux équipes dans l'actualisation des projets. Il apprécie l'état de l'environnement juridique de l'établissement. Enfin, il s'assure que l'établissement mesure l'état de la mobilisation du personnel et instaure les plans d'action requis.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 75 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES
		SÉANCES RÉGULIÈRES
COMPOSITION DU COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS (DU 1 ^{er} AVRIL AU 31 MARS 2020)		
M. Louis-Denis Fortin, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %
Dr Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	67 %
Mme Danielle Boucher	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	83 %
M. Sylvain Gagnon <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	67 %
Dr Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	67 %

Le directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité des ressources technologiques et immobilières

Le comité des ressources technologiques et immobilières a pour principale fonction d'examiner les plans de renouvellement et d'acquisition des équipements, des ressources informationnelles et le plan directeur immobilier. Il analyse les enjeux et suit la mise en œuvre de ces plans, l'atteinte de leurs objectifs, leurs coûts réels et leurs impacts sur la qualité des services rendus. Enfin, il formule des avis et des recommandations au C.A. relativement au développement, à l'acquisition, à l'utilisation et à l'évaluation des ressources technologiques et immobilières.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres, avec un taux de participation de 76 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES
		SÉANCES RÉGULIÈRES
COMPOSITION DU COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)		
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
Mme Diane Jean, vice-présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	67 %
Dr Marc Giroux <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	67 %
Dr François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %
Mme Sylvie Lemieux <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	67 %
Dr Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	50 %

Le directeur des services techniques soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation

Le comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation a notamment pour fonctions de veiller au respect du contrat d'affiliation entre l'Université Laval et le CHU de Québec-Université Laval en matière de recherche et d'enseignement et d'assurer la mise en œuvre des ententes avec les autres maisons d'enseignement en regard des stages d'enseignement clinique ou d'autres disciplines professionnelles. Il assure également l'arrimage entre la recherche, l'enseignement, l'évaluation et les autres missions de l'établissement. Il analyse le contenu du plan directeur intégré du Centre de recherche et évalue les stratégies d'action en découlant. Il veille à l'implantation du *Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques de la recherche* et évalue les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la recherche et de l'évaluation. Il s'assure de la participation active de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires aux activités liées à l'obtention des diverses reconnaissances d'agrément des programmes de formation professionnelle accrédités. Il prend connaissance des constats et recommandations des projets d'évaluation et s'assure de leur mise en œuvre. Enfin, il fait une analyse critique des grands enjeux de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation et présente des recommandations au C.A.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 71 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES
		SÉANCES RÉGULIÈRES
COMPOSITION DU COMITÉ DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'ÉVALUATION (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)		
Mme Sophie Lefrançois, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %
Mme Eugénie Brouillet, vice-présidente	Représentante de l'Université Laval	33 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	67 %
M. Gaston Bédard (jusqu'au 23 septembre 2019)	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	0 %
Mme Geneviève Larouche	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
Dr François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %
Dr Julien Poitras (jusqu'au 23 septembre 2019)	Représentant de l'Université Laval	100 %

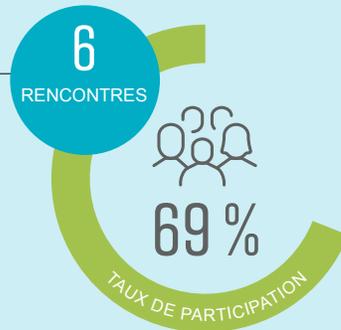
Le directeur du Centre de recherche soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité du nouveau complexe hospitalier

Le comité a comme principal mandat d'assurer une vigie sur l'ensemble du projet du nouveau complexe hospitalier, notamment en ce qui concerne ses trois grands volets, à savoir la programmation clinique et technique, les échéanciers et les coûts. Il formule au C.A. des recommandations ou des avis tout au cours de la réalisation du projet. Il suit le développement des différentes phases, identifier les enjeux stratégiques, les écarts entre les projections initiales et l'avancement réel du projet, et prend connaissance de tout changement dans la programmation du projet.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité a tenu six rencontres, avec un taux de participation de 69 %.



NOM	REPRÉSENTATION	ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES
		SÉANCES RÉGULIÈRES
COMPOSITION DU COMITÉ DU NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER (DU 1 ^{er} AVRIL 2019 AU 31 MARS 2020)		
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
M. Gaston Bédard, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	50 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	50 %
Dr Marc Giroux <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	67 %
Mme Diane Jean <i>(jusqu'au 23 septembre 2019)</i>	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
Dr François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %
Dr Julien Poitras <i>(à partir du 23 septembre 2019)</i>	Représentant de l'Université Laval	33 %
M. Pierre Tremblay <i>(à partir du 23 septembre 2019)</i>	Membre observateur Fondation	67 %

Le directeur clinique du nouveau complexe hospitalier soutient ce comité et en assure le volet administratif.

Comité sur les demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges et sur l'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard d'un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le comité a le mandat d'évaluer les recommandations formulées par le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens à la suite de l'examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien et de proposer la mesure disciplinaire à prendre à l'égard de celui-ci. Il analyse également les avis défavorables soumis à son attention relativement aux demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et émet une recommandation au C.A.

Faits saillants

En 2019-2020, le comité n'a tenu aucune réunion.

NOM	REPRÉSENTATION
COMPOSITION DU COMITÉ SUR LES DEMANDES DE NOMINATION ET DE RENOUELEMENT DU STATUT ET DES PRIVILÈGES ET SUR L'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES À L'ÉGARD D'UN MEMBRE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (DU 23 SEPTEMBRE 2019 AU 31 MARS 2020)	
M. Sylvain Gagnon, président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>
Mme Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>
Mme Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>
Mme Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>

Le Service des affaires juridiques de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques soutient ce comité et en assure le volet administratif.

ANNEXE 2 : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

19.13 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 les devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres ;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions ;
- 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 (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).
- *Renseignements confidentiels*: une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager 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.

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, respecter 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 celle-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 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 aux 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. L'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 un 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

CHUL

2705, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 4G2

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5

Hôpital de l'Enfant-Jésus

1401, 18^e Rue
Québec (Québec) G1J 1Z4

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Centre administratif

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

Téléphone : **418 525-4444**

Rédaction, coordination et production :

Direction adjointe des communications

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

Ce rapport est disponible sur le site Internet du CHU au www.chudequebec.ca
ou en faisant la demande à la Direction adjointe des communications au 418 525-4387
ou à 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.