

Rapport annuel de gestion

2015-2016

CHU de Québec-Université Laval

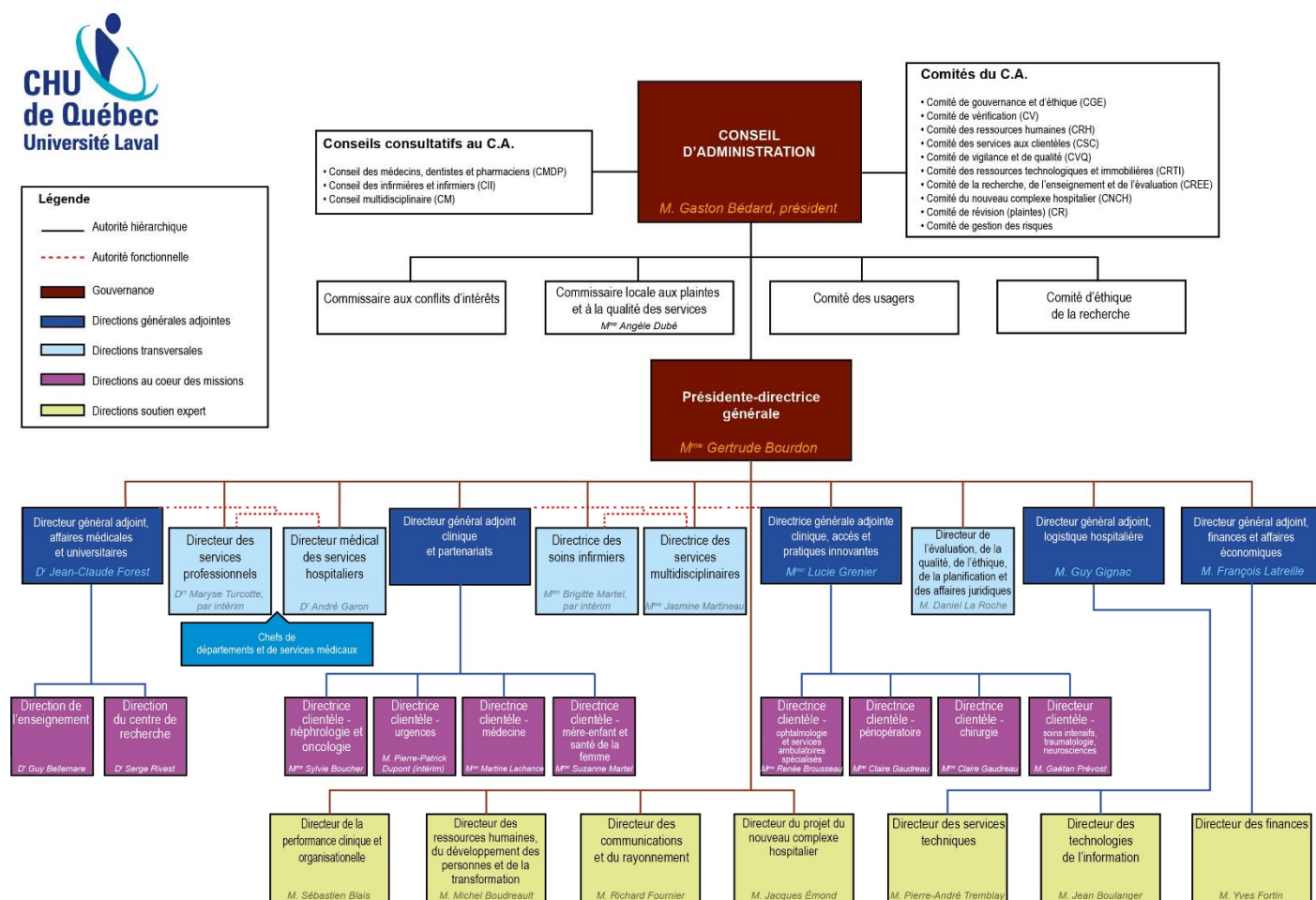
Juin 2016

Table des matières

Présentation de l'établissement	3
Vision et valeurs du CHU de Québec-Université Laval.....	4
Nos orientations stratégiques.....	5
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil	6
Les programmes et les services offerts	7
Statistiques opérationnelles	11
Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration	13
Déclaration de fiabilité de l'établissement	15
Activités de l'établissement	16
Infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique et les principaux résultats de surveillance	17
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers	19
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1 ^{er} avril 2015 au 29 novembre 2015 :	20
Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	21
Aide médicale à mourir	24
Suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada	25
Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 ^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016.	32
L'enseignement au CHU de Québec	32
La recherche au centre de recherche du CHU de Québec- Université Laval *	36
Effectifs de l'établissement au 31 mars 2016	38
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval - au 31 mars 2016	40
Principaux projets de développement immobiliers	45
Acquisition d'équipements 2015-2016	47
Secteur d'activités : Don d'organes et de tissus humains	48
Mission régionale : Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) pour le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de la Capitale-Nationale	49
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec	50
Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale	51
L'entente de gestion et d'imputabilité	52
États financiers résumés.....	57
Rapport de direction.....	98
État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendants	99
Conseils et comités	100
Le comité de vigilance et de la qualité.....	100
Le comité de gestion des risques	101
Le comité des usagers	105
Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2016)	109
Composition des comités du conseil d'administration.....	110
Comité de direction (au 31 mars 2016).....	114
Annexe 1	115
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	115
Annexe 2	128
Explication des écarts à la cible liés à l'entente de gestion.....	128

Présentation de l'établissement

Regroupant le CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) est le plus important centre de soins spécialisés du Québec et l'un des plus grands centres hospitaliers universitaires au Canada. Le CHU de Québec-Université Laval dessert la population de tout l'est du Québec, soit un bassin de près de deux millions de personnes. Étroitement lié à l'Université Laval et orienté vers l'avenir, il détient également une mission d'enseignement, de recherche dans de nombreux domaines d'excellence et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le CHU de Québec-Université Laval compte 13 170 employés, 1 572 médecins, dentistes et pharmaciens, 317 chercheurs réguliers et associés, de même que 192 chercheurs affiliés et 550 bénévoles.



DCR@orgaprogramme 06/06/16

Au 31 mars 2016

Vision et valeurs du CHU de Québec-Université Laval

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.

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.

Nos orientations stratégiques

Notre planification stratégique **2014-2020**et priorités **2015-2016**

Nos orientations

1

**Nous
prioriserons
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.



Martin Parent
Infirmier clinicien

2

**Nous
atteindrons
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.



Francine Deaudelin
Agente administrative

3

**Nous nous
distinguerons
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.



D^{re} Christine Desbiens
Chirurgienne oncologue

4

**Nous
construirons
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.



Annie Boucher
Technicienne en logistique

Priorités
2015-16

Nos objectifs

- Optimiser nos processus d'accès aux rendez-vous.
- Réduire les infections nosocomiales.

- Nous doter d'un plan d'action visant l'implantation de l'expérience patient et favorisant l'implication de tous les intervenants (2014-2020).
- Intégrer l'expérience patient dans la définition de toutes les trajectoires de soins (2014-2020).
- Développer et implanter un modèle d'intégration des proches comme partenaires des soins et services (2014-2016).
- Développer des mécanismes de partenariat avec nos patients et leurs proches dans la prise de décision (2015-2020).

- Implanter notre système de gestion.
- Réviser la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques.

- Optimiser nos trajectoires de soins à l'interne et avec nos partenaires dans un souci d'accessibilité et de continuité (2014-2016).
- Atteindre le niveau 3 de maturité organisationnelle *lean* selon les critères ministériels (2014-2016).

- Atteindre l'équilibre budgétaire.

- Compléter la mise en place de la gouvernance clinique, de la gouvernance médicale et poursuivre l'implantation de la cogestion dans une perspective d'imputabilité sociale et professionnelle (2014-2016).
- Se doter d'une mesure annuelle du climat organisationnel auprès de tous les intervenants (2014-2016).
- Poursuivre l'implantation d'un modèle de financement axé sur la performance des services (2014-2019).
- Soutenir la réalisation du plan stratégique de développement du Centre de recherche du CHU de Québec (2014-2019).
- Atteindre des niveaux académiques supérieurs dans nos secteurs spécialisés et surspécialisés (2014-2020).

- Actualiser les transferts et l'accueil des activités ainsi que les transformations découlant de la Loi 1.
- Poursuivre la révision de notre plan clinique : réorganisation de la chirurgie et début de la révision de la médecine.
- Poursuivre notre projet de nouveau complexe hospitalier.
- S'assurer que nos mécanismes de gestion favorisent une « expérience employé » valorisante et stimulante (2014-2016).
- Améliorer nos stratégies de gestion du changement et nous doter d'un plan intégré de communication organisationnelle (2014-2020).
- Actualiser notre futur centre de radio-oncologie dans une perspective de Centre intégré en oncologie (2014-2019).

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

Cinq hôpitaux :

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

Territoire desservi :

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

Clientèle potentielle : près de 2 millions de personnes

13 170 employés

1 572 médecins ¹

550 bénévoles

317 chercheurs réguliers et associés au CRCHU ²

192 chercheurs affiliés ²

871 étudiants aux cycles supérieurs ²

1 401 lits dressés (incluant les berceaux et excluant les lits transférés au CIUSSS de la Capitale-Nationale le 29 novembre 2015 en lien avec la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*)

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

² Données au 31 mars 2015. Les données au 31 mars 2016 seront validées au cours de l'automne 2016. Ces chiffres proviennent du rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2014-2015.

Les programmes et les services offerts

Le **CHU de Québec-Université Laval** offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés. Il est le seul centre à offrir sur son territoire des soins et des services hyperspécialisés dans plusieurs domaines, dont la biochimie médicale, la microbiologie, l'infectiologie et la pathologie. Des services d'imagerie médicale et de laboratoires médicaux sont également dispensés dans les cinq hôpitaux.

Site	Services offerts en 2016
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)	▪ Banque d'yeux ▪ Cardiologie ▪ Centre suprarégional et surspécialisé en rhinosinusologie - ▪ Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ▪ Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Dermatologie ▪ Gastroentérologie ▪ 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
Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)	▪ Cardiologie ▪ 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 suprarégional de neurochirurgie Centre tertiaire de traumatologie pour l'est du Québec Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Médecine interne ▪ ORL ▪ Orthopédie ▪ Physiothérapie ▪ Pneumologie ▪ Programme d'Évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)

Site	Services offerts en 2016
	▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence
CHUL - Centre hospitalier de l'Université Laval	CHUL- Centre mère-enfant Soleil (CMES) - Centre de référence tertiaire pour Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL) en santé de la mère et de l'enfant : ▪ Cardiologie pédiatrique et fœtale ▪ Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique ▪ Centre des maladies digestives ▪ Centre des malformations oro-faciales ▪ 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 ▪ Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine d'adolescence ▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique ▪ médecine obstétricale ▪ Médecine sociojuridique / protection de l'enfance ▪ Néonatalogie ▪ Néphrologie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring ▪ Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée ▪ ORL - Audiologie : ancrage osseux ▪ ORL pédiatrique ▪ Orthopédie infantile et pédiatrique ▪ Pédiatrie ▪ Physiatrie et réadaptation pédiatrique ▪ Planification des naissances ▪ Pneumologie pédiatrique, incluant programme de fibrose kystique

Site	Services offerts en 2016
	▪ Pouponnière ▪ Procréation médicalement assistée ▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques ▪ Rhumatologie pédiatrique ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs pédiatriques ▪ Transport néonatal provincial ▪ Urgence pédiatrique ▪ Urologie pédiatrique CHUL - Volet adulte ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ▪ Chirurgie générale ▪ Endocrinologie ▪ Hémodynamie ▪ Immunologie-allergie ▪ Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne ▪ Orthopédie ▪ Rhumatologie ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence adulte
Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA)	▪ Cardiologie ▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale ▪ Centre de référence suprarégional en maladies vasculaires ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie gynécologique ▪ Chirurgie vasculaire ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne ▪ Obstétrique ▪ Orthopédie ▪ Planification des naissances ▪ Pouponnière ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ)	▪ Cardiologie ▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie hépatobiliaire

Site	Services offerts en 2016
	▪ Chirurgie orthopédique oncologique ▪ Chirurgie plastique ▪ Chirurgie vasculaire et thoracique ▪ Dentisterie oncologique ▪ Dermatologie / chirurgie de Mohs ▪ Endocrinologie ▪ Épithésie ▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale ▪ Gastroentérologie ▪ Gynécologie oncologique ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Hémodynamie ▪ Médecine interne ▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) ▪ Neurologie ▪ Nutrition parentérale à domicile ▪ ORL ▪ Pneumologie ▪ Programme de soutien aux laryngectomisés - aide à la communication (SAL-PAC), pour tout l'est du Québec ▪ Radio-oncologie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie oncologique

Statistiques opérationnelles

UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL...

Chaque jour, le personnel du CHU de Québec-Université Laval :

			Année 2015-2016	Année 2014-2015	
Fournit des soins à	1 417	personnes hospitalisées	518 717	560 759	jours présence
dont	76	en pédiatrie	27 844	30 641	jours présence
Admet	188	personnes dans ses hôpitaux	68 709	69 783	admissions annuelles
Réalise	23	accouchements	8 332	8 408	accouchements
Fournit des soins à	50	nouveaux nés pour des soins spécialisés	18 441	17 732	jours présences
Reçoit	647	visites dans ses urgences dont 144 arrivent en ambulance	236 918	231 528	visites annuelles
dont	86	sont hospitalisés	31 487	31 557	admission via l'urgence
Reçoit	2 322	visites dans ses cliniques externes spécialisées	573 583	578 877	visites annuelles
dont	1 365	visites adultes	488 024	498 281	visites annuelles
dont	326	visites enfants	85 559	80 596	visites annuelles
Accueille	404	patients en médecine de jour et hôpital de jour	99 858	88 319	visites annuelles
Accueille	270	patients dans ses blocs opératoires	66 582	65 797	usagers
dont	145	patients de chirurgie d'un jour	35 876	40 079	usagers
Traite	213	nouvelles requêtes pour des chirurgies électives	52 614	51 462	requêtes
Réalise	282	examens en endoscopies	69 552	67 939	examens

UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL...

Chaque jour, le personnel du CHU de Québec-Université Laval :

			Année 2015-2016	Année 2014-2015	
Réalise	16	mises en traitement en radio-oncologie	4 008	4 030	mises en traitement
Réalise	132	traitements en hémato-oncologie	32 582	33 446	
Réalise	289	traitements en hémodialyse sous toutes ses formes	71 379	71 005	traitements
Réalise	47 090	procédures de laboratoires	17 234 861	17 433 756	procédures annuelles
Réalise	2 580	procédures d'imagerie médicale	637 256	625 817	procédures annuelles
Complète	9 140	ordonnances de médicaments	3 345 195	3 483 519	ordonnances annuelles
Effectue	1 231	retraitements d'instruments médicaux	450 520	N/D	retraitements annuels
Prépare et sert	9 121	repas	3 338 165	3 422 601	repas/année
Accommode	46	personnes dans son service d'hôtellerie	16 692	16 886	jours présence
Assure la maintenance et le fonctionnement d'un parc de plus de	40 000	équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à 230 M\$			
Entretient des superficies totalisant	438 182	mètres carrés			

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

Pour le CHU de Québec-Université Laval (CHU), l'année 2015-2016 a été jalonnée d'une foule de petits gains dont le cumul engendre de changements de taille. Des changements qui vont améliorer nos modes de fonctionnement pour les années à venir.

Grâce à la collaboration et à la volonté de toutes nos équipes, nous avons donné un coup de barre important afin de nous assurer de la solidité de nos fondements. Nous avons d'ailleurs profité du contexte d'un important transfert de certaines de nos activités vers le CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) pour peaufiner notre offre de service. Ce travail consciencieux nous apportera l'élan nécessaire à la réalisation de nos grands projets.

En nous basant sur nos quatre orientations stratégiques 2014-2020, nous avons lancé de vastes projets structurants, tout en imposant un changement de cap sur de petites choses qui produisent de grandes améliorations en termes de qualité des soins. En voici quelques exemples.

Pour **prioriser l'expérience patient**, nous avons mis en place un train de mesures qui nous permettent de réduire, sous les cibles ministérielles, nos taux d'infections nosocomiales. Nous avons notamment mis sur pied un programme de certification en prévention et contrôle des infections, en plus d'intégrer des agents de prévention au sein de chaque équipe de soins. Résultat : le pourcentage de lavage de main avant et après le contact avec le patient ne cesse de s'améliorer et le nombre d'éclosions de diminuer.

Afin **d'atteindre les plus hauts standards de qualité**, nous avons réalisé d'importantes avancées dans la mise en place de notre système de gestion. Inspiré de la méthode *lean*, le système table sur les concepts d'amélioration continue afin d'agir en cohérence avec nos orientations stratégiques. Plusieurs outils comme l'agenda standard et la plage horaire de gestion de proximité permettent une gestion au plus près des équipes.

La plateforme informatique ACE-multi permet, quant à elle, aux professionnels de la Direction des services multidisciplinaires de produire et de consulter tous les dossiers relatifs aux patients. Un gain d'efficacité majeur pour ces professionnels entre eux, mais aussi un système beaucoup plus efficace pour renseigner les autres professionnels qu'ils soient médecins, infirmières ou pharmaciens.

Nous ne manquons pas non plus de réussites pour nous **distinguer parmi les meilleurs**. Ainsi, nous avons mis sur pied de grands chantiers, avec l'engagement actif des équipes médicales et des intervenants concernés, afin d'évaluer la pertinence clinique de plusieurs traitements et examens diagnostics, d'identifier nos grands générateurs de coûts, les diminuer et proposer des alternatives lorsque possible. Par exemple, les cibles d'économies ont été dépassées de 113 % en 2015-2016. De plus, des actions pour revoir et réduire les dépenses administratives sont mises en place en continu et la diminution du taux d'encadrement, y compris l'encadrement supérieur, place le CHU au rang des meilleurs au Québec.

Nous n'avons pas ménagé nos efforts pour **construire un véritable CHU**. Par exemple, nous avons réorganisé la répartition de nos activités chirurgicales dans nos cinq hôpitaux, afin de mieux répondre aux besoins de nos patients. Cela aura pour effet d'améliorer l'accès aux chirurgies et l'efficacité de nos activités. Il s'agissait d'un défi d'envergure qui a été relevé avec brio.

Nous avons adopté un nouveau code d'éthique harmonisé afin d'actualiser et de standardiser les deux anciens codes d'éthiques qui précédaient le mariage de nos deux anciennes institutions. Nous y avons affirmé nos valeurs en lien avec les droits et aussi les responsabilités de l'usager, une notion plus contemporaine.

Il a fallu par ailleurs accepter de transférer la responsabilité de certaines de nos activités vers le CIUSSS de la Capitale-Nationale, des transformations découlant 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*. Nous avons tout mis en œuvre pour assurer une transition en douceur pour nos patients et ces équipes qui, pour la plupart, demeurent encore en nos murs. Ce sont environ 900 de nos collègues qui sont passés sous la direction de cette nouvelle entité. En septembre dernier, nous avons accueilli plusieurs nouveaux membres au sein du conseil d'administration. En

conformité avec les dispositions de la loi 10, neuf membres indépendants nommés par le ministre sont venus enrichir nos délibérations.

Par ailleurs, nous avons continué à plancher sur le nouveau complexe hospitalier. Nous avons maintenant une hypothèse d'implantation pour tous les bâtiments. Nous l'avons préparé avec soin, impliquant de façon active les équipes soignantes. Les firmes de professionnels ont été embauchées pour la conception et nous travaillons aux plans du secteur de la cancérologie, le premier morceau de ce grand ensemble que nous aurons à livrer.

Ces nombreux succès, nous les devons à tous les intervenants. Ils sont plus de 16 000 à se dévouer, afin de rendre des services et des soins d'une grande qualité auprès de toutes nos clientèles. Ce sont nos infirmières, nos médecins, nos chercheurs, nos professionnels de la santé, nos préposés, nos gens de métier, nos employés dans les secteurs administratifs, nos bénévoles, nos gestionnaires. Ils portent très volontairement, malgré la jeunesse de notre nouvelle organisation, l'étendard d'une qualité exemplaire.

Nous remercions également tous nos partenaires, et plus particulièrement la Fondation du CHU de Québec-Université Laval, qui continuent à se dépasser pour l'amélioration des soins dans notre organisation et contribuent à l'humanisation des soins de même qu'à l'avancée de la recherche.



Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



Gertrude Bourdon
Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité de l'établissement

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 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 2016.

A handwritten signature in black ink, reading "Gertrude Bourdon". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

Gertrude Bourdon,
Présidente-directrice générale

Activités de l'établissement

Le travail accompli tout au long de l'année par nos équipes afin de consolider les fondements de l'expérience patient au CHU, nous a permis de réaliser des gains au bénéfice à la fois des patients et des équipes. La mise en place d'un système de gestion, inspiré de l'approche *lean*, a pour objectif de permettre aux gestionnaires d'intégrer des approches d'amélioration continue à leurs activités quotidiennes. En déploiement graduel dans l'ensemble de l'organisation, ce nouveau style de gestion a permis cette année encore de faire des gains d'efficience et de centrer nos actions au bénéfice du patient. Au nombre de ces améliorations, mentionnons : la fin de l'implantation du Dossier patient électronique dans nos cinq hôpitaux et la concentration des activités chirurgicales selon les spécialités et les expertises médicales dans l'ensemble de l'institution. Les grandes étapes de consultation des équipes cliniques dans la préparation du nouveau complexe hospitalier confirment du reste que nous sommes sur la bonne voie pour construire un véritable CHU.

Orientation 1

Nous prioriserons l'expérience patient

Nous voulons faire vivre à nos patients et à leurs proches une expérience empreinte d'humanisme, centrée sur leurs besoins spécifiques et respectueuse de leurs attentes. Pour y arriver, nous favorisons une approche où le patient devient partenaire à part entière de ses propres soins.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Optimiser nos processus d'accès aux rendez-vous

- Poursuite des travaux de déploiement du nouveau logiciel eRDV dans le CHU afin d'obtenir une refonte complète du logiciel de prise de rendez-vous, de façon à évoluer vers une gestion multisite et une gestion des rendez-vous et des listes d'attente conforme aux orientations ministérielles.
- Fondation de la Clinique neuromusculaire et neurogénétique afin d'offrir les meilleurs soins aux personnes atteintes de la sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Réduire les infections nosocomiales

- Nous avons réussi à réduire les infections nosocomiales et à atteindre des résultats sous les cibles ministérielles, notamment grâce à de meilleures pratiques d'hygiène des mains. Cet excellent travail est à poursuivre. Voici les principales mesures qui nous ont permis d'atteindre ces résultats :
 - Ajout de distributrice à mousse alcoolisée sur la majorité des lits des patients du CHU afin de réduire le nombre d'infections nosocomiales acquises en milieu hospitalier.
 - Lancement d'un programme de certification en prévention et contrôle des infections dans nos cinq hôpitaux.
 - Intégration d'agents de prévention dans chaque équipe de soins
 - Réaménagement de l'unité de soins du 11 500 de L'Hôtel-Dieu de Québec afin d'augmenter l'efficience des déplacements du personnel, de diminuer le gaspillage et de diminuer les risques d'infections nosocomiales.

Infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique et les principaux résultats de surveillance

Taux d'hygiène des mains

	Automne 2015	
	Avant contact avec le patient	Après le contact avec le patient
CHUL	41 %	48 %
HEJ	45 %	57 %
HSFA	34 %	46 %
HSS	34 %	50 %
HDQ	37 %	44 %
CHU	39 %	50 %
Cible à atteindre	100 %	100 %

Taux de Clostridium difficile (DADC) (2015-2016)

	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ
Taux / 10 000 jours-présence	3,5 (35)*	5,1 (66)*	5,3 (47)*	6,3 (34)*	6,8 (58)*

Taux de Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (2015-2016)

	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ
Taux / 10 000 jours-présence	1,3 (15)*	1,1 (14)*	1,6 (15)*	1,3 (7)*	3,1 (27)*

Taux d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) (2015-2016)

	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ
Taux / 10 000 jours-présence	2,8 (33)*	0,2 (3)*	6,2 (55)*	0,9 (5)*	1,8 (15)*

* Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas.

Bactériémies (2015-2016)

		CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ
Bactériémies à SARM/10 000 jours-présence		0	0,1 (1)*	0,3 (3)*	0	0,1 (1)*
Bactériémies sur cathéters centraux USI/1000 jours-cathéters	Adulte	0	1,5 (5)*	0		0,3 (1)*
	Pédiatrie	2,3 (2)*				
	UNN	1,3 (4)*				
	UGB		6,8 (4)*			
Bactériémies associées à l'hémodialyse/100 patients- période						0,3 (12)*

Nombre d'éclosions (2015-2016)

	CHUL	HEJ	HSFA	HSS	L'HDQ
Influenza	0	0	1	0	0
Gastro-entérite	9	0	2	1	5

Intégrer l'expérience patient dans la définition de toutes les trajectoires de soins

- Mise en place du projet de valorisation de l'empathie du Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP) par la création d'une banque de témoignages sur l'empathie et l'expérience patient.
- Mise sur pied du projet d'intervention multisensorielle « chariot de confort mobile » pour reconforter les patients réactifs et de faciliter l'entrée en contact avec eux.
- Réaménagement de la salle d'observation de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement afin d'augmenter la sécurité et la confidentialité des patients.

* Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas.

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

Dans ce rapport, nous vous présentons les résultats d'une mesure de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle qui a été tenue sur toutes les unités de soins du CHU. Cette mesure s'est déroulée le 24 février 2016.

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. Pour l'ensemble du CHU, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle s'est établi à 3,85 %.

Cette mesure a été effectuée dans les unités du CHU, à l'exception des unités cédées au CIUSSS-CN. Ainsi, pour des fins de comparaison, un ajustement a été effectué sur la mesure de prévalence de mars 2015.

Voici comment les taux de prévalence s'établissent par site :

Date Site	2013-2014	2014-2015			2015-2016
	Novembre - décembre 2013	Juin 2014	Mars 2015		Mars 2016
			Toutes les unités	Unités cédées au CIUSSS exclues	
HEJ	11,9 %	14,71 %	7,44 %	8,42 %	6,78 %
HSS	5,4 %	1,32 %	3,56 %	4,55 %	6,92 %
CHUL	3,3 %	1,13 %	1,67 %	0,41 %	1,82 %
HSFA	3,2 %	0,8 %	2,57 %	2,99 %	2,49 %
L'HDQ	3,3 %	2,48 %	2,22 %	2,22 %	1,76 %
CHU	6,10 %	5,26 %	3,84 %	4,19 %	3,85 %

Pour l'année 2015-2016, on constate une légère diminution de l'utilisation des mesures de contrôle.

Au cours de l'année, la sensibilisation des professionnels par rapport à l'utilisation des mesures de remplacement aux mesures de contrôle s'est poursuivie. De plus, à l'automne 2016, des capsules d'information sur la prévention des chutes ont été réalisées sur toutes les unités de soins.

En terminant, un comité travaille actuellement à mettre à jour et à harmoniser le protocole d'application des mesures de contrôle du CHU de Québec - Université Laval. Les travaux seront exécutés prochainement.

Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1^{er} avril 2015 au 29 novembre 2015 :

Le nombre de mises sous garde préventive ou provisoire ⁴	755
Le nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil du Québec ⁵	132
Le nombre de demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement	350
Le nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée	553

Nous n'avons pas d'information relativement aux gardes préventives qui n'ont pas mené à l'ouverture d'un dossier ou à la préparation de procédures. Ainsi, il est possible qu'il y ait un plus grand nombre d'usagers ayant été visés par une mise sous garde préventive.

⁴ N'inclut pas la totalité des gardes préventives de votre établissement. Ce nombre ne tient compte que des gardes préventives pour lesquelles nous avons ouvert un dossier ou procédé à la rédaction d'une procédure. Il est possible que des patients aient été mis sous garde préventive sans que l'avis au directeur des services professionnels n'ait été transmis ou encore que la garde soit levée avant que nous procédions à l'ouverture d'un dossier. Dans de telles circonstances, la garde préventive n'est pas comptabilisée.

⁵ Ce nombre inclut les renouvellements de garde en établissement ordonnés en vertu des articles 30 et 30.1 du Code civil du Québec.

Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'exercice 2015-2016, 1 275 dossiers ont été ouverts à notre bureau. De ce nombre, 450 dossiers étaient des plaintes générales alors que 92 ont été traités par les médecins examinateurs. Les résultats indiquent une diminution de 6 % des plaintes générales ainsi qu'une diminution de 48 % des plaintes médicales, comparativement à l'exercice précédent. De plus, 96 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai prévu par la Loi.

En ce qui concerne la répartition des motifs de plaintes générales, le motif le plus fréquent concerne les relations interpersonnelles, avec 29 %, suivi par l'accessibilité (22 %) et les soins et services dispensés (16 %). Par ailleurs, 15 recommandations ont été émises par la commissaire en cours d'année et toutes ont obtenu un suivi sous la forme d'une démarche d'amélioration ou d'un plan d'action. Des 552 motifs de plaintes analysées, 47 % ont entraîné des mesures correctives.

À la fin de l'année 2015-2016, 19 dossiers avaient été acheminés au Protecteur du citoyen. 3 de ces dossiers étaient de l'année 2014-2015 et 16 étaient de l'année courante.

Pour les autres formes de demandes reçues par la commissaire, on peut remarquer une diminution des interventions de 14 %, une diminution de 56 % des consultations et une augmentation de 6 % des demandes d'assistance.

Dossiers	2013-2014	2014-2015	2015-2016	Écart
Plaintes générales	517	478	450	↓ 6 %
Plaintes médicales	96	177	92	↓ 48 %
Demandes d'assistance	455	422	447	↑ 6 %
Interventions	282	291	249	↓ 14 %
Consultations	98	84	37	↓ 56 %
TOTAL	1448	1452	1275	↓ 12 %

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

Conclusions

Les résultats énoncés dans le rapport témoignent de la grande implication de toutes les directions pour le maintien de la qualité des soins et des services. Tous les acteurs côtoyés au courant de la dernière année se sont sentis très concernés et des solutions étaient proposées à chaque fois que la situation le requérait.

Le rapport annuel complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est disponible sur le site Internet de l'établissement au www.chudequebec.ca ou sur demande, en s'adressant à la Direction générale ou au Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Orientation 2

Nous atteindrons les plus hauts standards de qualité.

Nous avons pris le parti d'innover pour intégrer la pertinence, l'efficacité, la qualité et la sécurité de l'ensemble de nos interventions et de nos processus.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Implanter notre système de gestion

- Plusieurs activités et actions s'inscrivent dans cet important changement de culture organisationnelle, à savoir une culture d'amélioration continue de la qualité. Le système de gestion vise à inclure de façon standardisée les concepts d'amélioration continue dans notre fonctionnement quotidien de façon à ce que l'ensemble des actions de l'organisation soient alignées sur les objectifs et les orientations stratégiques du CHU. Plusieurs outils ou mesures ont été mis en place :
 - La salle de pilotage stratégique, la plage horaire de gestion de proximité, les gembas, les caucus et scrums des équipes, le management visuel, l'alignement des actions à haute valeur ajoutée pour la réalisation des orientations stratégiques, les formations de ceintures blanches (560)*, jaunes (38)*, vertes (36)*, noires (12)*, l'utilisation d'un kanban pour la définition de notre capacité organisationnelle, le calendrier organisationnel, l'agenda standard, le comité de direction qui se réunit chaque semaine avec des outils standardisés, etc.
- Une démarche de coconstruction du modèle de gestion est finalisée à l'HSFA comprenant six jours d'ateliers avec les gestionnaires et certains directeurs qui ont été échelonnés d'octobre 2015 à janvier 2016.

Réviser la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques

- Le Dr François Rousseau et l'UETMIS ont démarré un projet pour le développement d'un outil multicritères de priorisation des projets de pertinence des soins et des actes médicaux.

Actuellement, plus de 80 projets ont été soumis à la Direction des services professionnels. Quelques-uns sont en place, d'autres, en voie de réalisation. Le comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique, mis sur pied en juin 2015, à l'initiative et sous le leadership de l'UETMIS, a pour objectif d'assurer la cohérence organisationnelle, la complémentarité et la coordination des initiatives visant à améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques.

- Poursuite de la révision de la pertinence des actes médicaux :
 - en laboratoire notamment par l'application du principe de pertinence au niveau des analyses biomédicales. Par exemple, en appliquant les 14 choix judicieux de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en biochimie et en hématologie.
 - Pour les examens d'imagerie médicale afin de mieux trier les demandes d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou chez les usagers de 50 ans et plus afin d'éviter les examens inutiles.
 - des actes cliniques, notamment par la mise en place du nouveau service de consultation électronique ClinicalKey afin d'aider la prise de décision clinique.

* Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de personnes formées.

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

- Déploiement de la plateforme de travail informatisée multidisciplinaire ACE-Multi permettant aux professionnels de la DSM du CHU de produire l'ensemble de la tenue de dossiers relatifs aux patients.
- Mise sur pied de la bibliothèque virtuelle, Plate-forme ACE-PTM, afin d'harmoniser les outils de travail, de rassembler à un seul endroit les outils cliniques et d'assurer l'interopérabilité entre les diverses applications informatiques du CHU.
- Désignation de deux centres de référence suprarégionaux à l'Hôpital Saint-François d'Assise soit le Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires et le Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale, signifiant notamment que ces deux équipes ont élaboré des trajectoires précises et efficaces pour leurs patients, conjointement avec les autres établissements et intervenants concernés du réseau de la santé sur le territoire de desserte.
- Implantation du Système d'information clinique axé sur la trajectoire en oncologie (SICTO), conçu au CHU, dans l'ensemble des équipes affectées à la lutte contre le cancer.
- Achèvement de l'implantation du Dossier patient électronique (DPE) dans les cinq hôpitaux du CHU.

Aide médicale à mourir**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)

Exercice 2015-2016 : CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL - DU 10 DÉCEMBRE 2015 AU 9 JUIN 2016

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.	1 042
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	32
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	26
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	26
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

Un sous-comité d'évaluation de l'acte des soins de fin de vie, sous la responsabilité du CMDP, a été mis en place et est actif depuis janvier 2016. Le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) est créé et actif depuis l'entrée en vigueur de la loi 2 concernant les soins de fin de vie.

Suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada

À la suite de la visite d'Agrément Canada au CHU, certains éléments devaient être corrigés et l'ont été à la satisfaction de cet organisme. Les correctifs apportés pour s'y conformer suivent.

- 1. Le personnel d'encadrement de l'organisme met en oeuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.**
 - a) Dans l'esprit du système de gestion du CHU, il est implicite et fondamental que tous les employés, les bénévoles et les médecins de tous les niveaux de l'organisation se préoccupent de la qualité et de la sécurité.
 - b) La gestion des risques constitue la meilleure stratégie pour assurer la sécurité.
 - c) Conception d'un modèle de gestion intégrée qui repose sur 4 niveaux pour en assurer le leadership à savoir vigie, stratégique, tactique et opérationnel.
 - d) Détermination des rôles et responsabilités des différents acteurs, en matière de gestion de la qualité et des risques.
 - e) Harmonisation et mise en oeuvre du nouveau comité de gestion des risques du CHU et de ses trois sous-comités «Experts» en lien avec l'analyse particulière des : erreurs liées aux médicaments, des chutes et des événements sentinelles.
 - f) Cartographie des risques organisationnels et opérationnels généraux et spécifiques dans le plan de sécurité de l'établissement (incluant les risques financiers, à la réputation, liés aux infrastructures, sinistres, contrats, couvertures d'assurance civile-professionnelle, etc.).
- 2. Le personnel d'encadrement de l'organisme développe, met en oeuvre et évalue un plan d'intervention relatif à tous les dangers afin de faire face aux risques de sinistres et d'urgences.**
 - a) Harmonisation des plans d'intervention déjà en vigueur à HEJ-HSS et à HSFA-CHUL-L'HDQ en une version unifiée et harmonisée pour le CHU.
 - b) Planification d'activités d'évaluation du plan d'intervention à partir des données recueillies dans le registre, et de toute autre source d'information, permettant d'améliorer et de sécuriser les processus mis en cause, mise à jour du plan d'intervention si requis, puis diffusion élargie, dont au comité de gestion des risques de l'établissement.
- 3. Le personnel d'encadrement de l'organisme développe et met en oeuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité.**
 - a) Développement d'un modèle de gestion intégrée de la qualité lequel inclut : les concepts de qualité, de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité. Le modèle présente les interrelations entre ces différentes parties essentielles.
 - b) Intégration de données et de préoccupations portant sur la qualité, la sécurité, et la gestion des risques dans les processus de prises de décisions, de projets d'évaluation, les sondages et rapports de l'expérience patient et UETMIS, ainsi que lors des ateliers Kaizen.
 - c) Structure formelle en place en matière de qualité pour assurer la vigie de la qualité.

4. L'organisme transporte les articles contaminés vers l'unité de retraitement dans un contenant approprié.

Les " Politiques et procédures relatives au transport des dispositifs médicaux contaminés vers leur lieu de retraitement " ont été adoptées par le conseil d'administration le 22 octobre 2015. À la suite de leur adoption, leur diffusion a été effectuée auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement. Lors des rencontres avec les chefs de service, un rappel a été fait concernant l'achat de contenants de qualité et sécuritaires.

5. L'organisme dispose d'un processus pour conserver l'information sur les allergies et les réactions indésirables antérieures aux médicaments dans le profil pharmaceutique de l'usager.

Toute information concernant l'information sur les allergies et réactions indésirables aux médicaments est colligée dans le dossier pharmaceutique de l'usager par l'assistant technique en pharmacie. Le système informatique dispose d'un module gérant ces réactions. Cette information est conservée au dossier et est disponible pour analyse lors des visites actuelles et futures du patient. Le module d'allergies et effets indésirables est interfacé avec le module de vigilance santé et permet une assistance à la détection d'allergies directes ou croisées.

6. Le service de retraitement des appareils médicaux comporte des secteurs précis et fermés pour la décontamination, lesquels sont séparés des autres secteurs de retraitement et du reste de l'organisme.

Des rénovations ont été complétées au début juin 2015. Elles ont permis d'améliorer la conformité aux normes pour ces espaces. Les locaux ont été réaménagés. Les espaces sont bien délimités et fermés, pour la décontamination. Les zones de décontamination sont bien identifiées et respectées par le personnel.

7. L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).

Tout le personnel des services d'imagerie médicale et d'électrophysiologie médicale a été formé pour le système SIMDUT. Actuellement, le taux de conformité est de 99 %. Le 1% du personnel qui n'a pas reçu la formation est en arrêt de travail, en congé de maladie ou autres. Dès leur retour au travail, ces derniers devront suivre la formation SIMDUT.

8. L'équipe étiquette et conserve tous les produits chimiques et toutes les solutions conformément aux règlements du SIMDUT.

La personne désignée en imagerie médicale a corrigé les étiquettes et s'est assurée de l'identification conforme des bouteilles dans chacun des secteurs. Des audits de conformité ont été effectués afin de s'assurer de la conformité aux règlements de SIMDUT.

9. Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux clientes en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.

Une procédure visant l'inscription obligatoire dans la réquisition du logiciel Médirad, pour toute cliente en âge de procréer, qu'elle déclare ne pas être enceinte a été élaborée.

L'information a été diffusée à tout le personnel concerné et des audits de conformité ont été effectués.

10. L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou un comité de sécurité, ou les deux à la fois.

Le Programme de sécurité est consigné au « manuel de radioprotection » mis à jour en juin 2014. Ce manuel disponible sur le site intranet des établissements. Au point 1.3.3. du Manuel de radioprotection on retrouve les pouvoirs du coordonnateur qui sont, entre autres de :

- Faire cesser ou interdire toute activité impliquant l'utilisation du rayonnement ionisant mettant en danger immédiat ou à long terme la sécurité du public, du bénéficiaire ou des travailleurs;
- Faire cesser ou interdire toute activité impliquant des substances nucléaires susceptibles de porter préjudice à l'environnement;
- Faire cesser ou interdire toute activité illégale de l'utilisation de rayonnement ionisant;
- Etc.

11. L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.

Une formation est obligatoire sur les différentes formulations d'adrénaline et sur la manipulation de l'Épipen pour les technologues en scopie, TDM et IRM. Dans les différents sites du CHU, des simulations d'interventions en cas d'urgence ont été effectuées. D'autres formations ont aussi été offertes couvrant les thématiques suivantes : RCR chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson, défibrillateur externe automatisé (DEA), secours aux victimes d'étouffement, respiration artificielle et code vert.

12. L'organisme suit une procédure écrite pour l'installation, la validation et le calibrage de tout nouvel appareil d'ADBD.

Le CHU a instauré un modèle de fiche technique et opérationnelle qui est utilisé pour toutes les ADBD. Ce modèle contient toutes les informations pertinentes quant à l'utilisation des appareils qui sont en lien avec les différentes normes d'Agrément Canada. D'ailleurs, ce modèle a valu au CHU une mention de pratique exemplaire par Agrément Canada.

13. Dans les cas où l'organisme utilise différents appareils d'ADBD pour réaliser la même procédure, le directeur du laboratoire de biologie médicale ou celui responsable des ADBD travaille avec le laboratoire de biologie médicale pour assurer la reproductibilité du résultat d'ADBD.

Dans les cas où les appareils couvrant une même ADBD sont d'un type différent et pour tout nouvel appareil d'ADBD, la procédure de validation de chaque nouvel appareil (ou chaque nouveau lot de réactif) comporte une comparaison de résultats de patients avec le laboratoire central ou avec un autre appareil d'ADBD effectuant le même type d'analyse, pour s'assurer de la reproductibilité des résultats entre les différents appareils.

14. L'organisme suit une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD.

Il existe une procédure documentée pour mettre à l'essai les nouvelles fournitures et les nouveaux réactifs d'ADBD. Dans la fiche technique et opérationnelle déjà mise en place pour chaque ADBD, la section 9 spécifie clairement ce qu'il faut faire.

15. L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.

Des distributeurs ont été installés aux endroits où il était impossible d'avoir des lavabos. Pour être conforme, il faut se laver les mains en sortant de la banque de sang et après avoir enlevé le sarrau. Un mémo a été envoyé à tout le personnel.

16. L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.

Une reconfiguration du laboratoire à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec a été faite limitant ainsi l'accès à l'employé seulement. La livraison des spécimens se fait dans une zone à l'extérieur du laboratoire. Les glacières sont transférées par un passe-plat équipé de fenestration et grillage.

17. Lorsque l'organisme communique verbalement les résultats des ADBD, les résultats et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats doivent ensuite être consignés par écrit en précisant qu'il s'agit des résultats d'ADBD.

Les résultats consignés des ADBD sont clairement précisés afin de les différencier des résultats émis par les laboratoires. Les formulaires de suivi du nouveau-né normal et de suivi de l'utilisateur diabétique ont été modifiés afin d'être plus précis. Il est maintenant facile de différencier la provenance des résultats. Selon les formulaires, soit les résultats sont inscrits dans deux colonnes distinctes, soit une indication LABO est inscrite dans la case du résultat. L'unité de mesure de la glycémie (mmol/L) et des cases pour les initiales de la personne ayant effectué l'analyse ou transcrit le résultat du laboratoire ont été ajoutées à tous les formulaires.

18. Celui qui effectue une ADBD recueille et consigne les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée.

Chaque type ADBD (par exemple : glucomètre, bilirubinomètre, etc.) possède une fiche technique opérationnelle qui décrit les modalités d'exécution des contrôles de qualité. La fréquence d'analyse des contrôles de qualité à effectuer est dictée dans cette fiche et a été déterminée par les professionnels responsables au laboratoire. Cette fréquence a aussi été déterminée en tenant compte des recommandations du fabricant de l'appareil et des normes qu'ils ont établies. Chaque fois qu'un contrôle de qualité est effectué, la valeur obtenue est consignée dans un registre papier ou informatique comme indiqué dans la fiche opérationnelle et technique de l'appareil utilisé. Ces registres sont vérifiés par un professionnel du laboratoire tous les mois. Le comité multidisciplinaire ADBD s'assure à chacune de ses réunions que les contrôles de qualité sont supervisés, que leurs résultats sont suivis par le personnel approprié et que les correctifs sont apportés lorsque nécessaire.

19. Celui qui effectue une ADBD consigne les données sur le contrôle de qualité des ADBD dans un registre quotidien.

Chaque fois qu'un contrôle de qualité est effectué, la valeur obtenue est consignée dans un registre papier ou informatique comme indiqué dans la fiche opérationnelle et technique de l'appareil utilisé. Ces registres sont vérifiés par un professionnel du laboratoire tous les mois. Le comité multidisciplinaire ADBD s'assure à chacune de ses réunions que les contrôles de qualité sont supervisés, que leurs résultats sont suivis par le personnel approprié et que les correctifs sont apportés lorsque nécessaire.

20. Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.

Les seuls résultats des contrôles de qualité qui peuvent être comparés avec ceux d'un autre laboratoire sont les contrôles externes : des échantillons sont périodiquement envoyés par l'organisme de contrôle (exemple OWA) et l'organisme compare nos résultats avec ceux des autres laboratoires utilisant le même appareil d'ADBD (pairs). Les contrôles de qualité externes ne sont pas disponibles pour toutes les ADBD et il est impossible d'utiliser les contrôles de qualité utilisés sur des technologies différentes au laboratoire. Dans ces cas, une corrélation est effectuée en comparant les résultats des appareils d'ADBD avec les résultats émis par laboratoires selon les modalités inscrites dans la fiche technique et opérationnelle de chaque appareil.

21. La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.

Les corridors ont été désencombrés et une vigie est assurée afin que les sorties d'urgence et les différentes aires soient toujours libres. Un sous-comité avec le service d'hygiène et salubrité est en place afin d'assurer une bonne coordination du travail et de mettre en place des solutions. Aussi, les tours d'ordinateurs ont été installées sur des chariots permettant ainsi de le déplacer pour effectuer le ménage et laissant les comptoirs libres. Les fils et les prises électriques ont aussi été ramassés.

22. L'équipe reçoit et consigne au dossier le consentement éclairé du client avant d'entreprendre la prestation de services. (5 recommandations)

Le CHU a adopté sa politique sur le consentement aux soins le 9 février 2015. Un comité formé de médecins, de représentants des soins infirmiers et d'une conseillère à la qualité et à la gestion des risques a mis en place afin de s'assurer du respect de la politique du consentement aux soins. Le comité est présidé par le directeur adjoint des services professionnels. Un article sur le consentement a été publié dans le CHUCHOTEUR ainsi qu'un petit jeu-questionnaire, le 6 juin 2015. Des audits sont effectués régulièrement afin de s'assurer de la conformité à la politique.

23. L'équipe procède à la stérilisation rapide dans les services ambulatoires seulement en situation d'urgence, et jamais pour des ensembles complets ou des instruments médicaux implantables.

Parmi les 3 stérilisateur de table, aucun stérilisateur n'est utilisé pour effectuer de la stérilisation rapide. Même s'il ne se fait pas de stérilisation rapide en dentisterie au CHUL, la visite d'audit a permis de mettre en évidence des éléments à corriger afin d'optimiser l'asepsie dans ce secteur en concordance avec les normes émises par l'Ordre des dentistes du Québec. Les changements ont été effectués.

24. Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information.

Des audits ont été effectués afin de valider la conformité à la politique de transfusion sanguine. Des capsules de formations ont été effectuées à l'urgence, car une problématique y

a été rencontrée. Les résultats des audits ont été acheminés aux chefs de service des services transfusionnels. La direction des soins infirmiers a été informée des résultats. Des rencontres avec les chefs d'unités concernés ont été entreprises et des audits seront faits à l'automne afin de valider la conformité à la procédure.

Orientation 3

Nous nous distinguons parmi les meilleurs

Nous nous sommes donné l'objectif d'augmenter notre performance organisationnelle en misant sur une gouvernance éthique et imputable, des partenariats proactifs et l'excellence de nos équipes cliniques, académiques, de recherche et de gestion.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Atteindre l'équilibre budgétaire

- Le contexte budgétaire difficile du réseau, avec les mesures d'optimisation et de réduction de dépenses, année après année, a mis une pression importante et accrue sur l'équilibre budgétaire du CHU pour 2015-2016. Bien que depuis les douze dernières années, le CHU a toujours respecté l'équilibre budgétaire et a pris, chaque année, les moyens pour y parvenir, la hauteur de l'effort pour notre établissement en 2015-2016 se situait à plus de 30 M\$, dont 14 M\$ uniquement pour la pertinence des actes médicaux et cliniques.
- En 2015-2016, plusieurs chantiers amorcés au cours des années précédentes s'intensifient et plusieurs mesures ont été mises en place pour atteindre l'équilibre budgétaire :
 - l'exercice de révision des bases budgétaires en 2014-2015 a donné lieu à l'attribution des budgets en heures travaillées à chaque service sur la base de budgets réalistes et performants.
 - En 2015-2016, nous avons économisé plus de 250 000 heures travaillées par rapport à 2014-2015.
 - Les budgets attribués le sont en fonction de la médiane ou du meilleur coût, selon le cas, et en considérant les volumes.
- L'identification et le suivi des grands générateurs de coûts au sein d'un comité spécial permettent d'identifier des chantiers qui engendrent des économies récurrentes. À titre d'exemple :
 - Les surveillances constantes : économie de 2,8 M\$ depuis 2012-2013
 - Réduction des heures supplémentaires : économie de 1,6 M\$ depuis 2012-2013
 - Les heures d'orientation et formation : économie de 2 M\$ en 2015-2016
 - Les fournitures de bureau : économie de 800 000 \$ depuis 2012-2013.
 - Plus de 4 M\$ d'économies ont été réalisés en 2014-2015 et les cibles d'économies ont été dépassées (113 %) en 2015-2016. Des actions pour revoir et réduire les dépenses administratives sont mises en place en continu et la diminution du taux d'encadrement, y compris l'encadrement supérieur, place le CHU au rang des meilleurs au Québec.
- Malgré ce contexte, nous avons réussi à améliorer l'accessibilité aux soins et aux services notamment en chirurgie, en oncologie et pour les admissions.
- Un important chantier sur la pertinence clinique, sous la direction du directeur des services professionnels, a été mis en place avec l'engagement actif des équipes médicales et des intervenants concernés. Une contrainte de 14 M\$ en 2015-2016 nous a été appliquée par le MSSS uniquement sur cet aspect et n'a pas été réalisée.
- Le remplacement du parc d'impression à l'Hôpital Saint-Sacrement et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus par des équipements plus performants et moins énergivores dans le cadre du Plan vert a aussi fait partie des mesures mises en place pour atteindre l'équilibre budgétaire.

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	2	179 446 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	1	70 000 \$
Total des contrats de service	3	249 446 \$

L'enseignement au CHU de Québec

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

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

		JOURS STAGES	
		TOTAL	ETC *
ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE			
1. ENSEIGNEMENT MÉDICAL			
Formation médicale			
Introduction à l'externat	1356,0	5,2	
Externat	51 490,0	198,0	
Résidence en spécialités **	132 660,0	510,2	
Stage d'observation	205,5	0,8	
Total de la formation médicale	185 711,5	714,3	
Formation en médecine dentaire			
Stagiaire en médecine dentaire	318,0	1,2	
Résidence en médecine dentaire multidisciplinaire	69,0	0,3	
Résidence en gérodentologie	15,0	0,1	
Résidence en parodontie	51,0	0,2	
Résidence en chirurgie buccale et maxillo-faciale	1 300,0	5,0	
Total de la formation en médecine dentaire	1 753,0	6,7	
TOTAL DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL	187 464,5	721,0	
2. AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES DE LA SANTÉ			
Pharmacie			
Stagiaire	5 290,0	20,3	
Résidence	1 823,0	7,0	
Total pharmacie	7 113,0	27,4	
Formation autres professionnels			
Audiologie	6,0	0,0	
Biochimie clinique	211,0	0,8	
Ergothérapie	989,5	3,8	
Kinésiologie	8,0	0,0	
Nutrition	3 414,0	13,1	
Orthophonie	291,0	1,1	
Physiothérapie	1 360,0	5,2	
Psychologie	2 706,0	10,4	
Psychoéducation	60,0	0,2	

	JOURS STAGES	
	TOTAL	ETC *
Sciences infirmières	9 948,0	38,3
Service social	686,0	2,6
Total de la formation paramédicale	19 679,5	75,7
TOTAL AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES DE LA SANTÉ	26 792,5	103,0
3. AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES		
Autres disciplines universitaires (sexologie, inform.)	14,0	0,1
TOTAL AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES	14,0	0,1
TOTAL ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE	214 271,0	824,1
3. ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL		
Archives médicales	58,0	0,2
Soins infirmiers	38 914,0	149,7
Technique de cytotechnologie	31,0	0,1
Technique de diététique	272,0	1,0
Technique d'éducation spécialisée	481,0	1,9
Technique d'électrophysiologie médicale	866,0	3,3
Technique d'inhalothérapie et de soins respiratoires	3 435,5	13,2
Technique d'analyses biomédicales	2 300,0	8,8
Technique de médecine nucléaire	142,0	0,5
Technique de radiodiagnostic	5 557,0	21,4
Technique de radiothérapie	1 024,0	3,9
Technique de réadaptation physique	125,0	0,5
Technique de soins préhospitaliers d'urgence	775,0	3,0
Technique de stérilisation	729,0	2,8
Autres disciplines collégiales	129,0	0,5
TOTAL ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL	54 838,5	210,9
4. ENSEIGNEMENT SECONDAIRE		
Santé, assistance et soins infirmiers	17 007,0	65,4
Assistance technique en pharmacie	751,0	2,9
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	1 955,0	7,5
Secrétariat - Secrétariat médical	442,0	1,7
Hygiène et salubrité	45,0	0,2
Autres disciplines (MMF. Cuisine, Photographie médicale)	460,0	1,8
TOTAL ENSEIGNEMENT SECONDAIRE	20 660,0	79,5

		JOURS STAGES	
		TOTAL	ETC *
GRAND TOTAL		289 769,5	1 114,5

* Équivalent temps complet

** Inclus la médecine familiale

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

	2015-2016 ^a
NOMBRE DE CHERCHEURS	
Réguliers et associés	317
Affiliés	192
TOTAL CHERCHEURS	509
ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	
Stagiaires postdoctoraux et fellow	112
Doctorat	437
Maîtrise	322
TOTAL ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	871
FINANCEMENT	
Financement total	85 701 334 \$
PUBLICATIONS	
Publications	995
Volumes ou chapitres de livre	39
Communications à des congrès	939
TOTAL PUBLICATIONS/COMMUNICATIONS	1973

^a Données au 31 mars 2015 qui proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec 2014-2015*. les données au 31 mars 2016 seront validées au cours de l'automne 2016.

Atteindre des niveaux académiques supérieurs dans nos secteurs spécialisés et surspécialisés

- Le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval (CRCHU) maintient son statut de plus grand centre de recherche francophone en Amérique du Nord et son rang parmi les dix plus importants centres de recherche au Canada, selon la firme torontoise *Research Infosource*, qui compile annuellement les revenus de recherche de 40 établissements canadiens. Les revenus annuels du Centre de recherche ont augmenté de quelque 4 M\$, pour passer de 81 826 081 \$ à **85 701 334 \$** *.

Au 31 mars 2015, **509 chercheurs*** réguliers, associés et affiliés, et **871 étudiants*** aux cycles supérieurs composent nos équipes multidisciplinaires dédiées à l'amélioration de l'état de santé de la population. Effectués en collaboration avec des chercheurs de partout dans le monde, leurs travaux favorisent la compréhension de maladies complexes, ainsi que le développement et l'application de nouveaux traitements. Ils concentrent également leurs efforts pour améliorer la qualité de vie des personnes malades et augmenter significativement leurs chances de guérison.

La Direction du Centre de recherche a poursuivi cette année la concrétisation des objectifs de son *Plan de développement stratégique 2014-2019*, en visant continuellement les plus hauts standards de qualité et d'excellence.

Voici quelques-unes de ses récentes réalisations :

- Création d'une Chaire de recherche en curiethérapie guidée par imagerie, qui est le fruit d'une collaboration novatrice entre la Fondation du CHU de Québec, le CHU et l'Université Laval, confirmant le leadership de la région de Québec en matière de curiethérapie à l'échelle internationale.
- Démonstration que l'administration d'un antibiotique couramment utilisé et considéré comme ayant un minimum d'effets secondaires perturbe de manière significative le microbiote intestinal humain de volontaires en bonne santé.
- Découverte de nanoparticules 2 500 fois plus petites qu'un cheveu, pouvant retirer efficacement plus de 22 types de polluants de l'eau et des sols.
- Mise en place des *Conférences grand public*, qui offrent à la population l'opportunité de s'informer sur des sujets variés qui les intéressent ou les concernent, tels le cancer, la vaccination ou les maladies neurodégénératives.
- Création d'une brochure pour faire la promotion des sept axes du Centre de recherche.

Par ailleurs, il y a eu l'inauguration du Centre de recherche en gestion des services de santé sous la direction du CHU de Québec-Université Laval et de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval ayant pour objectif de rendre la gouvernance clinique plus efficace et d'améliorer la performance dans la prestation des soins et des services de santé.

* Données au 31 mars 2015 provenant du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2014-2015*. Les données au 31 mars 2016 seront validées au cours de l'automne 2016.

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2016

		2015-2016	2014-2015
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (note 1)			
- nombre de personnes	1	392	405
Temps partiel (note 1)			
- nombre de personnes	2	43	16
- Équivalents temps complet	3	18,00	11,0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	4	5	0
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (note 2)			
- Nombre de personnes	5	6 652	7 030
Temps partiel (note 2)			
- Nombre de personnes	6	6 078	2 864
- Équivalents temps complet	7	2392	1802
- Personnel bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	0	0
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)			
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	2 559 119	2 960 634
- Équivalents temps complet	10	1 395	1 920

Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	811 683	1 136	812 819	444	496
	2015-16	781 985	493	782 478	428	485
	Variation	(3.7 %)	(56.6 %)	(3.7 %)	(3.6 %)	(2.2 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 499 206	8 018	1 507 224	813	1 074
	2015-16	1 426 508	8 201	1 434 709	771	1 076
	Variation	(4.8 %)	2.3 %	(4.8 %)	(5.1 %)	0.2 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	7 253 562	195 901	7 449 463	3 818	5 051
	2015-16	6 951 188	167 043	7 118 231	3 657	5 001
	Variation	(4.2 %)	(14.7 %)	(4.4 %)	(4.2 %)	(1.0 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 255 813	125 248	8 381 061	4 558	6 098
	2015-16	8 045 745	106 103	8 151 848	4 442	6 009
	Variation	(2.5 %)	(15.3 %)	(2.7 %)	(2.5 %)	(1.5 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 719 214	14 067	1 733 282	872	1 285
	2015-16	1 682 336	16 229	1 698 566	853	1 272
	Variation	(2.1 %)	15.4 %	(2.0 %)	(2.2 %)	(1.0 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	24 409	32	24 440	14	75
	2015-16	20 761	76	20 836	11	63
	Variation	(14.9 %)	139.4 %	(14.7 %)	(15.9 %)	(16.0 %)
Total du personnel	2014-15	19 563 888	344 402	19 908 290	10 517	13 797
	2015-16	18 908 523	298 145	19 206 669	10 163	13 663
	Variation	(3.3 %)	(13.4 %)	(3.5 %)	(3.4 %)	(1.0 %)

Le MSSS fournit régulièrement les données pour le suivi de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs*. Ce fichier comprend les données mensuelles et cumulatives au niveau des heures travaillées et des heures supplémentaires.

Pour la période de référence du MSSS, soit du 5 avril 2015 au 2 avril 2016, le CHU a un total d'heures rémunérées de 19 206 669 heures. Il s'agit d'une diminution de 3,5 % en comparaison avec l'année précédente. Le MSSS exige des organisations de ne pas augmenter son total d'heures rémunérées de plus de 1 %. Dans notre contexte de diminution de 3,5 %, nous répondons entièrement à la cible fixée par le MSSS.

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval - au 31 mars 2016

Au 31 mars 2016		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	S. communautaire	S.-TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	302	172	103	242	88	40	947	1065
	Associés	17	4	13	44	7	1	86	
	Conseils	23	3	1	3		2	32	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	37	20	55	25	37	24	198	316
	Associés	37	3	21	27	13	5	106	
	Conseils	4		6			2	12	
PHARMACIENS	Actifs	40	38	36	35	22		171	176
	Associés	2				2		4	
	Conseils	1						1	
DENTISTES	Actifs	2	3					5	15
	Associés	4		2				6	
	Conseils	3	1					4	

Orientation 4

Nous construirons un véritable CHU

Nous prenons les moyens afin de réaliser une véritable transformation de notre organisation et de notre culture, en prenant appui sur un projet clinique intégrant l'ensemble des activités du CHU et permettant de faire face aux défis que représente la mise en oeuvre de notre nouveau complexe hospitalier.

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

1. **Actualiser les transferts et l'accueil des activités ainsi que les transformations découlant 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.**
- La cession des activités au CIUSSS-CN prévue par la Loi a eu lieu le 29 novembre 2015 et incluait le transfert d'environ 900 personnes et de 360 lits. Le budget transféré au CIUSSS-CN à ce jour est de 73,1 M\$. Voici les secteurs transférés :
 - Programme des personnes âgées, incluant les unités de courte durée gériatrique (CHUL, HEJ, HSFA), les services ambulatoires et de consultation, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et la Maison Paul-Triquet (centre d'hébergement et de soins de longue durée)
 - Programme de santé mentale, incluant les urgences psychiatriques de même que les unités de soins en santé mentale (HEJ, CHUL et HSS).
 - Programme de santé physique composé de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (HSS) et des équipes de liaison de première ligne couvrant les salles d'urgence et les unités de soins.
- À l'inverse, le CHU a accueilli le transfert des ressources informationnelles de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval.
- Adoption d'un nouveau code d'éthique du CHU afin de mieux refléter son engagement à donner des soins et des services selon ses valeurs : l'humanisme, l'excellence, l'innovation et la collaboration. Ce code d'éthique est disponible en annexe de ce présent rapport et est disponible sur le site Internet du CHU au www.chudequebec.ca



CONSEIL D'ADMINISTRATION

RAPPORT ANNUEL 2015-2016
SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

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

Au 31 mars 2016, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé, et ce, depuis son entrée en vigueur le 8 février 2016.

La secrétaire du conseil d'administration,



Gertrude Bourdon

Signé à Québec ce 13 mai 2016

2. Poursuivre la révision de notre plan clinique : réorganisation de la chirurgie et début de la révision de la médecine.

- Pour favoriser un meilleur accès à nos patients, une nouvelle répartition de nos activités chirurgicales parmi nos hôpitaux a été mise en place au début de 2016, grâce à une grande mobilisation des chirurgiens et de plusieurs équipes cliniques et de soutien. Dans le même esprit, les travaux de révision des activités de médecine ont débuté l'automne dernier et se poursuivent. Voici un tableau expliquant les principaux mouvements chirurgicaux entre les différents hôpitaux du CHU.

Mouvements chirurgicaux		
Par hôpital	+	-
L'Hôtel-Dieu de Québec	Chirurgie hépatobiliaire (provenant de l'HEJ) Gynécologie* Urologie*	Orthopédie non oncologique (vers le CHUL et l'HEJ)
Hôpital du St-Sacrement	ORL (provenant de l'HSFA) Sein*	Orthopédie (vers HSFA) Urologie (vers l'HSFA)
Hôpital Saint-François d'Assise	Orthopédie (provenant de l'HSS) Urologie (provenant de l'HEJ et de l'HSS)	ORL adulte et pédiatrique (vers l'HSS) Chirurgie plastique
Hôpital de l'Enfant-Jésus	Orthopédie (provenant de L'HDQ) Neurochirurgie*	Urologie (vers l'HSFA) Chirurgie hépatobiliaire (vers L'HDQ)
CHUL	ORL pédiatrique* Chirurgie dentaire* Urologie pédiatrique*	Chirurgie plastique

*Spécialités qui bénéficieront de plus d'accès au bloc opératoire.

3. Poursuivre notre projet de nouveau complexe hospitalier.

- Ce très grand projet clinique et immobilier de 2,1 G\$ sera situé sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ). Il comprend tous les programmes de HEJ et de L'HDQ.
- Le projet progresse très bien. Nous avons maintenant une hypothèse d'implantation pour tous les bâtiments. Les firmes de professionnels ont été embauchées pour la conception et nous travaillons aux plans de la radio-oncologie. Nos grands secteurs cliniques ont établi leurs modes de fonctionnement, bientôt soumis à des « tests de réalité », pour approfondir la précision de notre planification.
- Tenue de deux journées bilan sur le NCH, rassemblant près de 200 leaders médicaux et cliniques du CHU en septembre 2015 et janvier 2016.
- Tenue de plus d'une quarantaine d'activités kaizen ou d'ateliers qui ont requis la présence de plus de 2 000 participants de toutes professions qui ont rendu possible le maintien d'une vision commune et le partage des connaissances pour le NCH.
- Organisation de journées portes ouvertes aux employés concernant le NCH.
- Organisation d'une soirée d'information et de consultation pour les citoyens du quartier Maizerets concernant le NCH afin d'entendre leurs préoccupations et commentaires en lien avec le projet.

4. S'assurer que nos mécanismes de gestion favorisent une « expérience employé » valorisante et stimulante

- Signature d'ententes locales avec tous les syndicats au CHU.
- Organisation d'une journée « d'expression des souhaits » des employés dans le cadre de la grande Tablee des Fêtes.

Principaux projets de développement immobiliers

Hôpital de l'Enfant-Jésus	Coûts
Circuit du médicament - SARDM III	300 000 \$
Remplacement des pompes d'aspiration et chauffe-eau	400 000 \$
Réfection de l'entrée principale (suite)	2 500 000 \$
Réaménagement de la salle de fluoroscopie no 5	850 000 \$
Remplacement de conduit sanitaire provenant aile D et I	43 000 \$
Réfection d'une salle de bain à l'aile D-0000	45 000 \$
Réaménagement du local P-3132 à l'unité des sciences neurologiques	50 000 \$

Sous-total **4 188 000 \$**

Hôpital du Saint-Sacrement	Coûts
Aménagement d'une clinique préparatoire CMS	46 000 \$
Travaux de climatisation des locaux de l'enseignement	130 000 \$
Réorganisation régionale des services en ORL (suite)	500 000 \$
Mise à niveau du réseau d'eau refroidie	640 000 \$
Réaménagement de locaux pour le remplacement de la caméra Forte	760 000 \$
Réaménagement de l'aire d'observation de l'urgence	470 000 \$
Mise à niveau de la ventilation - hotte chimique du J1-17	100 000 \$
Installation d'un système de contrôle d'accès	230 000 \$
Implantation du SARDM III	52 000 \$

Sous-total **2 928 000 \$**

CHUL	Coûts
Réaménagement de locaux pour le remplacement de caméras Spect-CT	5 000 000 \$
Réaménagement de la salle de plâtre et des salles de consultation en orthopédie	230 000 \$
Réfection de la terrasse extérieure au CMES	55 000 \$
Clinique de dépistage de la surdité néo-natale	1 050 000 \$
Rehaussement des circuits électriques aux soins intensifs adultes	100 000 \$
Réaménagement de la salle d'enseignement - sous-sol de la bibliothèque	260 000 \$
Installation du i-Plan	70 000 \$
Aménagement d'un local pour la chaîne de numérisation et déploiement de l'ensemble des postes informatiques lié au DPE	285 000 \$
Réaménagement de locaux pour l'installation d'un robot ophtalmique	1 100 000 \$
Aménagement du salon de la famille aux soins intensifs	20 000 \$

Sous-total **8 170 000 \$**

L'Hôtel-Dieu de Québec	Coûts
Réaménagement des locaux 7573 et 7575 en dialyse rénale	260 000 \$
Remplacement d'un TDM - phase 2 - Réaménagement du secteur des échographes	430 000 \$
Remplacement des contrôles de laboratoire désuets au 9 McMahon	200 000 \$
Réaménagement de l'unité de soins du 11 500	300 000 \$

Réfection du plancher de garage des ambulances	150 000 \$
Réfection des toitures du bâtiment 500 - bibliothèque	400 000 \$
Installation d'une hotte en médecine nucléaire	120 000 \$
Réfection des ascenseurs 3-4-5 et 6	2 000 000 \$
Aménagement de trois bureaux en pathologie au 3e étage au CRCEO	40 000 \$

Sous-total	3 900 000 \$
-------------------	---------------------

Hôpital Saint-François d'Assise	Coûts
Réfection de la maçonnerie et des fenêtres de l'édifice C	2 400 000 \$
Aménagement de salles de laparoscopie intégrées au bloc opératoire	440 000 \$
Aménagement des 8 salles de toilettes à l'aile D	350 000 \$
Mise aux normes de la laverie de la cuisine	1 250 000 \$
Étude de vulnérabilité sismique	250 000 \$

Sous-total	4 690 000 \$
-------------------	---------------------

CHU de Québec-Université Laval	Coûts
Inspection technique des bâtiments	650 000 \$
Installation de presses à carton	60 000 \$
Travaux de sécurisation des unités de soins pédiatriques au CHUL et HSFA	95 000 \$
Étude de vulnérabilité des façades (suite)	300 000 \$

Sous-total	1 105 000 \$
-------------------	---------------------

TOTAL des principaux projets de développement immobiliers	23 876 000 \$
--	----------------------

Acquisition d'équipements 2015-2016

En 2015-2016, le Service-conseil de génie biomédical a mené à terme plusieurs dossiers d'acquisition d'équipements, pour une somme de plus 15 000 000 \$, en voici quelques exemples :

Service médical	Site	Équipement	Montant
Oto-rhino-laryngologie et Neurochirurgie	CHUL-HEJ-HSFA-HSS	Moniteur d'intégrité nerveuse Medtronic Nim Response (NIM 4 canaux (3x) et NIM 8 canaux (1x))	126 500,00 \$
Oto-rhino-laryngologie	HSS	Navigateur ORL (2X)	200 000 \$
Oto-rhino-laryngologie	HSFA	Microscope opératoire OPMI	165 000,00 \$
Médecine nucléaire	CHUL-HDQ-HEJ-HSFA-HSS	Solution Hermès	775 000,00 \$
Neurologie	HEJ	Échographe transcranien (1x)	80 000 \$
Radiologie	HSS	Échographe Logiq 9 - #2	105 000,00 \$
Cliniques d'hématologie-oncologie	HEJ	Aphérèse (3 appareils)	225 000,00 \$
Projet commun impliquant plusieurs Directions	CHUL	Monitoring CHUL	5 500 000,00 \$
Radiologie	HSFA	Tomodensitomètre HSFA	1 400 000,00 \$
Gastroentérologie	CHUL	Écho-endoscopie	525 000,00 \$
Laboratoires de diagnostic moléculaire	CHUL	Séquenceur capillaire	170 000,00 \$
Oto-rhino-laryngologie	CHUL	Microscope chirurgical ORL	125 000,00 \$
Radiologie	HEJ	Moniteurs de signes vitaux compatibles IRM (2 x)	190 000 \$
Biochimie médicale	HEJ	Autoanalyseur de spécimens urinaires	200 000,00 \$

Secteur d'activités : Don d'organes et de tissus humains

L'année 2015 fut une année record pour le nombre de donneurs d'organes dans la province soit; 172 donneurs (154 en 2014) pour 507 personnes transplantées (442 en 2014), ce qui place le Québec en tête de file au Canada avec un taux de donneurs décédés de 20,8 par million d'habitants. Ainsi la liste des personnes en attente d'une greffe est en constante diminution depuis 2012 soit de 1250 à 856 en 2015. Au CHU, l'indentification, la référence à l'infirmière ressource en don d'organes et de tissus et le travail soutenu des professionnels des soins critiques ont permis à 36 personnes décédées neurologiquement de faire le don de leurs organes, ce qui représente 24 % des donneurs de la province et à 2 personnes de donner leurs organes après décès cardiocirculatoire (DDC), ce qui représente 11 % des donneurs de ce type au Québec.

Le Dr Michaël Chassé a été nommé à titre de coordonnateur médical en don d'organes et de tissus pour le CHU.

Priorités et principaux défis 2015-2016

- Travail de collaboration avec le Dr Michaël Chassé afin d'élaborer des stratégies d'amélioration de nos performances en don d'organes et de tissus.
- Poursuite de l'élaboration d'un programme de don d'organes et de tissus et d'un plan d'action harmonisé pour le CHU.
- Uniformisation des formulaires reliés au don d'organes et de tissus dans les 5 hôpitaux du CHU.
- Prélèvement pédiatrique au CHUL, collaboration, formation.
- Poursuite de l'élaboration du protocole et formation pour le DDC pédiatrique.
- Suivi à l'avis du comité d'éthique sur la pratique du don d'organes en DDC dans certains contextes cliniques particuliers.
- Poursuite de la formation aux résidents des disciplines neurosciences, soins intensifs et urgence.
- Élaboration et envoi de sondages aux familles approchées pour le don d'organes et de tissus.

Mission régionale : Le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) pour le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de la Capitale-Nationale

Situé à l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), le CCSR vise à rejoindre plus de 106 000 femmes âgées de 50 à 69 ans et les invite à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. L'objectif principal du PQDCS est de réduire de 25 % le taux de mortalité causée par le cancer du sein et un taux de participation de 70 % est visé. En 2015-2016, 109 165 lettres ont été acheminées aux femmes, dont une relance additionnelle imprévue de plus de 13 042 lettres, à la suite d'une demande du MSSS. Dans la région de la Capitale-Nationale, le Centre de référence pour investigation désigné (CRID), également situé à HSS, réalise des examens d'investigation dans le cadre du PQDCS. Il est soumis à des normes rigoureuses de qualité et le personnel a reçu une formation particulière pour offrir des services de qualité aux femmes. La trajectoire de services aux femmes du PQDCS est en cours de révision.

Voici les principaux faits saillants :

- Planification et mise en œuvre de la formation régionale sur le dépistage du cancer du sein et les services du PQDCS de la Capitale-Nationale, offerte aux technologues en mammographie, au personnel à l'accueil des Centres de dépistage désignés (CDD) et du CRID, aux étudiantes en soins infirmiers dans les collèges, université ou écoles professionnelles ainsi qu'aux infirmières en groupes de médecine de famille, résidents en médecine familiale, médecins volontaires et médecins de première ligne, infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPS-PL), infirmières pivot en oncologie, celles pratiquant dans le CIUSSS-CN. Au total, 481 intervenants et étudiants ont été formés en 2015-2016.
- Élaboration d'un plan de communication régional 2015-2016 avec une approche communicationnelle personnalisée afin de favoriser la participation éclairée des femmes au PQDCS. Tournée Rose d'octobre 2015 ayant rejoint plus de 565 femmes et intervenants du réseau lors de la participation aux activités locales tant dans le CIUSSS-CN que dans le CHU et offrant des présentations par visioconférence.
- Poursuite du développement du site www.depistagesein.ca avec mises à jour régulières (ajout d'outils pour les femmes et les intervenants). Site convivial, simplifié et très imagé, consulté par des internautes de plus de 131 pays sur 5 continents avec 41 650 visites par mois. Le site s'est mérité le 14 octobre 2015, un 4^e prix, soit la Pratique exemplaire novatrice « depistagesein.ca, un site qui rayonne » d'Agrément Canada.
- Élaboration et mise en ligne (sur www.depistagesein.ca) d'un questionnaire de satisfaction pour les femmes ayant passé leur mammographie de dépistage dans un centre de dépistage désigné de la Capitale-Nationale.
- Taux de satisfaction global de 92,32 % pour les services psychosociaux donnés aux femmes ayant consulté une travailleuse sociale au CCSR ou au CRID entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016. 64,4 % des femmes ont répondu au sondage acheminé deux semaines après la fermeture de leur dossier. Voici quelques commentaires de femmes :
 - o « Jamais je ne pourrai oublier ce qui a été fait pour m'aider à cheminer vers l'acceptation et le positivisme. Aujourd'hui, je peux affirmer que je suis guérie. » « En raison de sa grande capacité d'écoute et son profond respect envers l'autre, la travailleuse sociale a su bien saisir ma réalité d'isolement devant mon état de panique et qui m'a fait voir une lumière au bout du tunnel. »

Résultats concluants pour la région de la Capitale-Nationale :

- ❖ Troisième rang provincial avec un taux de participation des femmes au PQDCS de 71,5 % dépassant la cible de 70 %. Le taux de participation étant calculé maintenant par l'INSPQ sur 30 mois au lieu de 24 mois.
- ❖ 86,1 % des femmes de 50 à 69 ans de la région sont fidèles à retourner au PQDCS pour leur mammographie de dépistage après 30 mois.
- ❖ Plus de 536 300 mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS ont été réalisées dans la région de 1998 à 2014.

Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec



«Le changement dans la continuité»

À première vue, la mission d'ÉVAQ paraît simple, rendre accessible des soins spécialisés à l'aide d'un transport médical aérien rapide vers les centres hospitaliers tertiaires du Québec. Ce service surspécialisé regroupe plusieurs volets tels la régulation médicale, infirmière, préhospitalière et aérienne. Depuis maintenant 35 ans, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus a été mandaté par le MSSS pour opérer un service de médecine d'urgence aéroportée.

ÉVAQ est le seul programme aéromédical gouvernemental officiellement reconnu. Il offre des services de médecine d'urgence aéroportés, effectués par le personnel hautement qualifié du CHU.

En 2015-2016, les avions d'ÉVAQ ont été légèrement moins sollicités qu'en 2014-2015. Le total des missions effectuées ne reflète pas le nombre total des patients transférés. La planification avisée des transferts a permis de combiner des missions pour rapatrier plusieurs patients à bord d'un même appareil et ainsi réduire les coûts. Une condition très précaire des patients a été dénombrée en plus grand nombre, nécessitant une intervention plus longue lors de la prise en charge. La barre des 80 000 patients a été franchie.

Du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016, 5 928 usagers ont été transportés, dont 1 788 par l'avion-hôpital et 4 140 par les navettes multipatients de l'est et du nord-ouest de la province.

Au cours de la dernière année, notre équipe s'est enrichie de quatre nouveaux médecins et d'une infirmière. ÉVAQ a poursuivi sa mission d'enseignement auprès de 22 stagiaires comportant des externes, résidents et étudiantes en soins infirmiers, en plus d'avoir accueilli une cinquantaine d'étudiants en vol d'observation d'un jour.

En 2015-2016, ÉVAQ a effectué en moyenne quatre interventions par jour avec l'avion-hôpital Challenger et a transporté plus de 14 patients par jour par la navette multipatients de l'est. Nous espérons mettre en service le nouveau DASH d'ici la fin de l'année 2016, qui servira pour la navette de l'est, afin d'augmenter notre capacité des transferts de patients en région.

Depuis 35 ans, ÉVAQ s'assure de fournir des prestations sûres de haute qualité, et ce 24 heures sur 24, ainsi qu'à gérer les risques de manière consciente et structurée.

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale



Le CHU est l'établissement fiduciaire du Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale (CSsanté). Regroupant tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs, le CSsanté compte plus de 40 intervenants en soins spirituels qui oeuvrent quotidiennement sur 35 sites auprès de clientèles de courte durée, d'hébergement, de santé mentale, de réadaptation ainsi qu'auprès de la clientèle des programmes de soins palliatifs à domicile. Notre mission : assurer la planification, la coordination, la prestation et l'évaluation d'activités cliniques de qualité, afin de répondre aux besoins spirituels et religieux des personnes hospitalisées, hébergées ou suivies à domicile; exercer un leadership au plan de l'humanisation des soins, en cherchant à promouvoir la dignité des personnes dans le respect de leurs croyances et de leur culture; instaurer des activités d'enseignement, de recherche et de diffusion du savoir, afin de contribuer à l'avancement des pratiques reliées à la spiritualité en milieu de santé et susciter le développement d'approches novatrices.

L'année 2016 nous a menés au terme de notre première planification stratégique triennale qui visait : l'excellence dans l'intervention clinique; la promotion et l'intégration de la dimension spirituelle dans les établissements partenaires du CSsanté, dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans la société québécoise; un mode de gouvernance stimulant, sain et cohérent. Ainsi, nous avons pu atteindre plusieurs objectifs que nous nous étions fixés pour cette période, dont : l'élaboration de repères pour l'évaluation en soins spirituels et l'intégration graduelle de cet outil d'évaluation dans la pratique des intervenants en soins spirituels; le développement d'un référentiel de compétences en soins spirituels; avec le soutien du Bureau de l'évaluation de l'expérience-patient, la préparation d'un questionnaire qui permettra de faire l'évaluation de la satisfaction de nos clientèles quant aux services de soins spirituels; concomitamment avec la direction des services multidisciplinaires, l'entrée dans un large processus de révision de notre offre de service.

L'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* nous a particulièrement interpellés dans notre mission d'accompagnement des usagers. Une formation spécifique sur les enjeux de cette Loi sur notre pratique a été offerte à tous les intervenants en soins spirituels et des directives sur les actions à prendre dans certaines situations plus particulières (demandes d'aide médicale à mourir) leur ont aussi été communiquées.

Dans la foulée de notre mission d'enseignement universitaire et en collaboration avec la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval, nous avons contribué à la formation initiale de six candidats à la profession d'intervenants en soins spirituels.

Pour la 10^e année consécutive, nous avons offert à l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux des régions de Québec et de Montréal, une journée-conférence portant sur : « La souffrance des soignants ». Cette journée a rejoint plus de 200 personnes. Notre revue *Spiritualitésanté*, pour son volume 8, a publié trois numéros sur les thèmes suivants : L'acte créateur dans les soins; Les chemins de l'hospitalité; L'expérience de la souffrance.

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

L'entente de gestion et d'imputabilité

Tableau de bord de l'entente de gestion CHU de Québec-Université Laval 2015-2016
Résultats cumulatifs à la fin de la période: 13

Cibles - entente finale CHU / MSSS juin 2015		Établissement	Réel année préc.	Cible cumulative 2015-16	Réel 2015-16	Écart à la cible	% d'atteinte de la cible	État atteinte cible
Santé publique								
1.01.19a	Taux d'infections nosocomiales - DACD (par 10 000 jours-présence) La cible du CHUL et HSFA est redressée en fonction des catégories d'établissement: CHU >400 lits : 10,2 et CHU <400 lits: 6,8.	CHUL	3,0	10,2	3,5	-6,7	165,7%	😊😊
		HEJ	6,1	10,2	5,1	-5,1	150,0%	😊😊
		HSFA	11,7	6,8	5,3	-1,5	122,1%	😊😊
		HSS	7,8	6,8	6,3	-0,5	107,4%	😊😊
		L'HDQ	9,2	6,8	6,8	0,0	100,0%	😊😊
1.01.19b	Taux de bactériémies nosocomiales à SARM (par 10 000 jours-présence)	CHUL	0,0	0,62	0,0	-0,62	200,0%	😊😊
		HEJ	0,1	0,62	0,1	-0,52	183,9%	😊😊
		HSFA	0,1	0,62	0,3	-0,3	151,6%	😊😊
		HSS	0,0	0,62	0,0	-0,6	200,0%	😊😊
		L'HDQ	0,7	0,62	0,1	-0,5	183,9%	😊😊
1.01.19c	Taux de bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs par 1000 jours-cathéters							
		adultes CHUL	0,0	1,78	0,0	-1,8	200,0%	😊😊
		pédiatrie CHUL	2,5	4,49	2,3	-2,2	148,8%	😊😊
		néonatale CHUL	0,8	6,71	1,3	-5,4	180,6%	😊😊
		soins intensifs HEJ	1,9	1,78	1,5	-0,3	115,7%	😊😊
		unité des grands brûlés HEJ	0,0	1,78	6,8	5,0	-182,0%	■ *
		adultes HSFA	0,8	1,78	0,0	-1,8	200,0%	😊😊
		adultes L'HDQ	0,4	1,78	0,3	-1,5	183,1%	😊😊
1.01.19d	Taux de bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse par 100 patients-périodes - L'HDQ (7)	L'HDQ	0,10	0,64	0,3	-0,3	153,1%	😊😊
1.01.25	Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	CHU	100%	100%	100%	0	100,0%	😊😊

* Voir annexe 2 - Explications de l'écart à la cible

Cibles - entente finale CHU / MSSS juin 2015		Établissement	Réel année préc.	Cible cumulative 2015-16	Réel 2015-16	Écart à la cible	% d'atteinte de la cible	État atteinte cible
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)								
1.03.07.01	Proportion de milieux hospitaliers qui ont implantaté à 95 % les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	CHU	40%	20%	40%	20%	200,0%	😊😊
Urgence								
1.09.01	Séjour moyen sur civière	CHU	17,0	12,0	15,9	3,90	67,5%	■ *
		CHUL	11,1	12,0	11,4	(0,60)	105,0%	😊😊
		HEJ	20,6	12,0	18,2	6,20	48,3%	■ *
		HSFA	22,5	12,0	20,2	8,20	31,7%	■ *
		HSS	21,3	12,0	19,5	7,50	37,5%	■ *
		L'HDQ	14,3	12,0	14,5	2,50	79,2%	■ *
1.09.43	Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	CHU	71,7%	71,7%	71,1%	- 0,60%	99,2%	😊
		CHUL	72,4%	72,5%	70,0%	- 2,50%	96,6%	😊
		HEJ	73,2%	73,2%	73,5%	0,30%	100,4%	😊😊
		HSFA	68,1%	68,1%	66,3%	- 1,80%	97,4%	😊
		HSS	71,3%	71,3%	72,1%	0,80%	101,1%	😊😊
		L'HDQ	71,7%	71,7%	75,5%	3,80%	105,3%	😊😊
1.09.44	Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	CHU	59,0%	59,0%	58,3%	- 0,70%	98,8%	😊
		CHUL	55,9%	55,9%	53,5%	- 2,40%	95,7%	😊
		HEJ	61,8%	61,8%	60,7%	- 1,10%	98,2%	😊
		HSFA	50,2%	50,1%	49,9%	- 0,20%	99,6%	😊
		HSS	68,4%	68,4%	68,8%	0,40%	100,6%	😊😊
		L'HDQ	63,3%	63,3%	67,7%	4,40%	107,0%	😊😊
Délai d'attente en chirurgie								
1.09.20.01	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais (6 mois) pour une arthroplastie totale de la hanche	CHU	64%	90%	59%	-31%	65,6%	■ *

* Voir annexe 2 - Explications de l'écart à la cible

	Cibles - entente finale CHU / MSSS juin 2015	Établissement	Réel année préc.	Cible cumulative 2015-16	Réel 2015-16	Écart à la cible	% d'atteinte de la cible	État atteinte cible
1.09.20.02	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais (6 mois) pour une arthroplastie totale du genou	CHU	54%	90%	52%	-38%	57,8%	■ *
1.09.20.03	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	CHU	92%	90%	97%	7%	107,8%	😊😊
1.09.20.04	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	CHU	92%	90%	93%	3%	103,3%	😊😊
1.09.20.05	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation (excluant PTG et PTH)	CHU	95%	90%	94%	4%	104,4%	😊😊
1.09.32	Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies (CHU de Québec)	CHU	647	0	413	413		■ *
1.09.33.01	Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours pour une chirurgie oncologique - CHU de Québec excl. chir Moh's	CHU	56,0%	90,0%	61,0%	-29,0%	67,8%	■ *
1.09.33.02	Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 56 jours pour une chirurgie oncologique - CHU de Québec excl. chir Moh's	CHU	87,0%	100,0%	89,0%	-11,0%	89,0%	■ *
Délai - imagerie diagnostique								
1.09.08a	Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais en hémodynamie - catégorie A (priorité 1 à 4)	CHU	97,7%	100,0%	95,4%	-4,6%	95,4%	😊
1.09.08b	Pourcentage des demandes de services réalisés à l'intérieur des délais en hémodynamie - catégorie B (priorité 5.1 et 5.2)	CHU	96,3%	90,0%	96,6%	6,6%	107,4%	😊😊
1.09.34	Proportion de demandes d'exams électifs en attente de moins de 3 mois	CHU	77%	90%	70%	-20%	78,1%	■ *
		CHUL	82%	90%	70%	-20%	77,7%	■ *
		HEJ	66%	90%	60%	-30%	66,7%	■ *
		HSFA	97%	90%	84%	-6%	93,8%	😊
		HSS	67%	90%	66%	-24%	72,9%	■ *
		L'HDQ	76%	90%	67%	-23%	74,3%	■ *

* Voir annexe 2 - Explications de l'écart à la cible

	Cibles - entente finale CHU / MSSS juin 2015	Établis- sement	Réel année préc.	Cible cumulative 2015-16	Réel 2015-16	Écart à la cible	% d'atteinte de la cible	État atteinte cible
1.09.35	Proportion d'examens lus dans un délai de 7 jours ou moins	CHU	N/D	90%	95%	5%	105%	😊😊
		CHUL	N/D	90%	89%	-1%	99%	😊
		HEJ	97%	90%	99%	9%	109,6%	😊😊
		HSFA	N/D	90%	93%	3%	104%	😊😊
		HSS	96%	90%	94%	4%	104,4%	😊😊
		L'HDQ	N/D	90%	99%	9%	110,0%	😊😊
1.09.36	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis de 3 mois en imagerie médicale Les systèmes d'information ne permettent pas de produire le résultat de cet indicateur. Il n'y a pas de lien entre les systèmes de la gestion de prise de rendez-vous Clinibase et la production MédiRad.	CHUL	N/D	90%	N/D			
		HEJ	N/D	90%	N/D			
		HSFA	N/D	90%	N/D			
		HSS	N/D	90%	N/D			
		L'HDQ	N/D	90%	N/D			
1.09.37	Proportion des rapports transmis dans un délai de 7 jours ou moins	CHU	N/D	90%	52%	-38%	57,7%	■ *
		CHUL	N/D	90%	40%	-50%	44,2%	■ *
		HEJ	26%	90%	45%	-45%	50,2%	■ *
		HSFA	N/D	90%	59%	-31%	66,0%	■ *
		HSS	73%	90%	74%	-16%	82,1%	■ *
		L'HDQ	N/D	90%	56%	-34%	62,3%	■ *
Ressources humaines								
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées (activités principales seulement)	CHU	5,83	5,64	5,76	0,12	97,9%	😊
3.05	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel (activités principales seulement)	CHU	2,22%	2,65%	1,99%	-0,7%	124,9%	😊😊
3.06	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante pour l'ensemble du personnel (activités principales seulement)	CHU	1,53%	1,50%	1,35%	-0,15%	110,0%	😊😊

* Voir annexe 2 - Explications de l'écart à la cible

Cibles - entente finale CHU / MSSS juin 2015		Établis- sement	Réel année préc.	Cible cumulative 2015-16	Réel 2015-16	Écart à la cible	% d'atteinte de la cible	État atteinte cible
Optimisation de l'utilisation des ressources - services techniques								
2.02.02	Niveau de réalisation moyen des 4 étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité Note: collecte de données à la période 13 seulement	CHU	100%	100%	100%	0%	100%	😊😊
Équilibre budgétaire de l'établissement								
4.2	Équilibre budgétaire	CHU	0 \$	0 \$	-17,8 \$	-17,8 \$		■ *

😊😊	Atteinte de l'objectif (100% et +)
😊	Atteinte partielle de l'objectif (95% à 100%)
☹	Non atteinte de l'objectif (91% à 94)
■	Non atteinte de l'objectif (90% et -)

* Voir annexe 2 - Explications de l'écart à la cible



ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Au 31 mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	1
États financiers résumés :	
État des résultats – Tous les fonds	3
État des résultats – Activités principales et accessoires	4
État des surplus (déficits) accumulés – Tous les fonds.....	5
État de la situation financière – Tous les fonds.....	6
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) – Tous les fonds	7
État des flux de trésorerie – Tous les fonds	8
Notes complémentaires	9
Examen analytique non audité – États financiers résumés.....	33
Répartition des charges brutes des activités principales	37
Charges comparatives par centre d'activités	38

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
CHU de Québec–Université Laval

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de CHU de Québec–Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2016 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de CHU de Québec–Université Laval.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de CHU de Québec–Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de CHU de Québec–Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 et 2015 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de CHU de Québec–Université Laval au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R. L.¹

Québec

Le 13 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125181

ÉTAT DES RÉSULTATS - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

	2016				2015
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
REVENUS					
Subventions MSSS	1 013 506 922 \$	930 682 397 \$	71 792 015 \$	1 002 474 412 \$	1 015 276 024 \$
Subventions Gouvernement du Canada	11 443 694	7 710 338	567 029	8 277 367	8 201 090
Contributions des usagers	24 222 065	23 112 199	-	23 112 199	23 870 184
Ventes de services et recouvrements	17 407 991	15 419 235	-	15 419 235	17 283 948
Donations	3 136 000	-	4 991 967	4 991 967	2 810 507
Revenus de placement	-	35 901	-	35 901	111 643
Revenus de type commercial	13 198 053	12 699 723	78 840	12 778 563	12 973 772
Autres revenus	123 881 480	118 996 498	6 088 486	125 084 984	131 749 950
TOTAL	1 206 796 205	1 108 656 291	83 518 337	1 192 174 628	1 212 277 118
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	762 444 902	758 409 145	-	758 409 145	767 759 396
Médicaments	59 538 158	57 230 609	-	57 230 609	58 805 931
Produits sanguins	38 768 275	33 946 114	-	33 946 114	33 432 852
Fournitures médicales et chirurgicales	94 173 994	99 411 692	-	99 411 692	95 214 155
Denrées alimentaires	7 449 848	6 860 022	-	6 860 022	7 008 960
Frais financiers	19 808 616	722 506	17 303 488	18 025 994	19 094 134
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	15 899 681	21 781 598	4 334 015	26 115 613	17 636 351
Créances douteuses	245 687	606 250	-	606 250	245 487
Loyers	10 373 306	10 562 271	-	10 562 271	10 612 935
Amortissement des immobilisations	55 200 000	-	56 511 235	56 511 235	50 667 125
Perte sur disposition d'immobilisations	-	-	4 145 420	4 145 420	-
Autres charges	142 345 143	136 925 818	335 671	137 261 489	151 736 377
TOTAL	1 206 247 610	1 126 456 025	82 629 829	1 209 085 854	1 212 213 703
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	548 595 \$	(17 799 734) \$	888 508 \$	(16 911 226) \$	63 415 \$

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

ÉTAT DES RÉSULTATS - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

2016

2015

	Budget	Act. Principales	Act. Accessoires	Immobilisations	Total	Total
REVENUS						
Subventions MSSS	943 171 255 \$	927 951 809 \$	2 730 588 \$	71 792 015 \$	1 002 474 412 \$	1 015 276 024 \$
Subventions Gouvernement du Canada	11 126 455	-	7 710 338	567 029	8 277 367	8 201 090
Contributions des usagers	24 222 064	23 112 199	-	-	23 112 199	23 870 184
Ventes de services et recouvrements	17 407 991	15 419 235	-	-	15 419 235	17 283 948
Donations	-	-	-	4 991 967	4 991 967	2 810 507
Revenus de placement	-	35 901	-	-	35 901	111 643
Revenus de type commercial	13 198 053	-	12 699 723	78 840	12 778 563	12 973 772
Autres revenus	121 346 779	7 129 164	111 867 334	6 088 486	125 084 984	131 749 950
TOTAL	1 130 472 597	973 648 308	135 007 983	83 518 337	1 192 174 628	1 212 277 118
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	762 444 902	670 692 038	87 717 107	-	758 409 145	767 759 396
Médicaments	59 538 158	57 230 609	-	-	57 230 609	58 805 931
Produits sanguins	38 768 275	33 946 114	-	-	33 946 114	33 432 852
Fournitures médicales et chirurgicales	94 173 994	99 411 692	-	-	99 411 692	95 214 155
Denrées alimentaires	7 449 848	6 860 022	-	-	6 860 022	7 008 960
Frais financiers	1 200 000	722 506	-	17 303 488	18 025 994	19 094 134
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	13 499 681	21 781 598	-	4 334 015	26 115 613	17 636 351
Créances douteuses	245 687	606 250	-	-	606 250	245 487
Loyers	10 373 306	8 982 736	1 579 535	-	10 562 271	10 612 935
Amortissement des immobilisations	-	-	-	56 511 235	56 511 235	50 667 125
Perte sur disposition d'immobilisations	-	-	-	4 145 420	4 145 420	-
Autres charges	142 331 971	99 340 718	37 585 100	335 671	137 261 489	151 736 377
TOTAL	1 130 025 822	999 574 283	126 881 742	82 629 829	1 209 085 854	1 212 213 703
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	446 775 \$	(25 925 975) \$	8 126 241 \$	888 508 \$	(16 911 226) \$	63 415 \$

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

2016

2015

	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	31 899 449 \$	6 165 720 \$	38 065 169 \$	36 615 246 \$
Débiteurs - MSSS	92 541 638	4 498 966	97 040 604	128 527 288
Autres débiteurs	48 920 361	6 141 236	55 061 597	51 506 294
Créances interfonds (Dettes interfonds)	(13 570 725)	13 570 725	-	-
Subvention à recevoir - réforme comptable	68 465 210	106 054 142	174 519 352	168 152 000
Frais reportés liés aux dettes	-	1 287 727	1 287 727	1 214 262
Autres éléments	1 460 709	601 739	2 062 448	3 952 106
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	229 716 642	138 320 255	368 036 897	389 967 196
PASSIFS				
Emprunts temporaires	56 000 000	90 702 512	146 702 512	148 955 607
Autres créditeurs et autres charges à payer	125 050 621	19 193 105	144 243 726	137 402 580
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	-	-	-	41 167 021
Intérêts courus à payer	-	4 529 196	4 529 196	5 088 710
Revenus reportés	34 827 183	65 536 727	100 363 910	85 116 536
Dettes à long terme (Note 10)	-	600 577 974	600 577 974	556 184 145
Passif au titre des sites contaminés	-	322 500	322 500	-
Passif au titre des avantages sociaux futurs	83 527 537	-	83 527 537	88 763 546
Autres éléments	937 156	1 471 868	2 409 024	2 572 521
TOTAL DES PASSIFS	300 342 497	782 333 882	1 082 676 379	1 065 250 666
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(70 625 855)	(644 013 627)	(714 639 482)	(675 283 470)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	-	674 322 091	674 322 091	655 791 395
Stocks de fournitures	22 056 167	-	22 056 167	22 212 273
Frais payés d'avance	4 075 410	-	4 075 410	3 767 349
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	26 131 577	674 322 091	700 453 668	681 771 017
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	-	-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(44 494 278) \$	30 308 464 \$	(14 185 814) \$	6 487 547 \$

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

Pour le conseil d'administration,

_____, administrateur

_____, administrateur

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

			2016	2015
	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(27 698 371) \$	32 715 597 \$	5 017 226 \$	4 953 811 \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	1 470 321	-	1 470 321	1 470 321
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	(7 111 196)	(7 111 196)	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	<u>(26 228 050)</u>	<u>25 604 401</u>	<u>(623 649)</u>	<u>6 424 132</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>(17 799 734)</u>	<u>888 508</u>	<u>(16 911 226)</u>	<u>63 415</u>
Autres variations:				
Transferts interétablissements	-	3 349 061	3 349 061	-
Transferts interfonds	(466 494)	466 494	-	-
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS	<u>(466 494)</u>	<u>3 815 555</u>	<u>3 349 061</u>	<u>-</u>
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>(44 494 278)</u>	<u>30 308 464</u>	<u>(14 185 814)</u>	<u>6 487 547</u>
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe	-	-	-	-
Affectations d'origine interne	-	-	5 943 507	6 139 818
Solde non affecté	-	-	(20 129 321)	347 729
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>- \$</u>	<u>- \$</u>	<u>(14 185 814) \$</u>	<u>6 487 547 \$</u>

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

	2016				2015
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(738 880 852) \$	(53 677 518) \$	(623 076 273) \$	(676 753 791) \$	(657 688 023) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	1 470 321	-	1 470 321	1 470 321
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	-	(7 111 196)	(7 111 196)	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	(738 880 852)	(52 207 197)	(630 187 469)	(682 394 666)	(656 217 702)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	-	(17 799 734)	888 508	(16 911 226)	63 415
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	(70 000 000)	-	(83 056 592)	(83 056 592)	(68 966 867)
Amortissement de l'exercice	55 200 000	-	56 511 235	56 511 235	50 667 125
(Gain)/Perte sur dispositions	-	-	4 145 420	4 145 420	-
Ajustements des immobilisations	-	-	3 869 241	3 869 241	-
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(14 800 000)	-	(18 530 696)	(18 530 696)	(18 299 742)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	-	(85 483 923)	-	(85 483 923)	(87 152 896)
Acquisition de frais payés d'avance	-	(16 866 166)	-	(16 866 166)	(12 823 823)
Utilisation de stocks de fournitures	-	85 640 029	-	85 640 029	86 649 896
Utilisation des frais payés d'avance	-	16 558 105	-	16 558 105	12 497 382
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	-	(151 955)	-	(151 955)	(829 441)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	(466 494)	3 815 555	3 349 061	-
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(14 800 000)	(18 418 183)	(13 826 633)	(32 244 816)	(19 065 768)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(753 680 852) \$	(70 625 380) \$	(644 014 102) \$	(714 639 482) \$	(675 283 470) \$

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

	2016	2015
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	(16 911 226) \$	63 415 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(151 955)	(829 441)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4 145 420	-
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	15 271 093	3 699 025
Amortissement des immobilisations	56 511 235	50 667 125
Réduction pour moins-value des immobilisations	-	-
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	-	-
Amortissement de la prime ou escomptes sur la dette	-	-
Subventions MSSS	(49 023 878)	(16 813 494)
Autres	7 218 302	-
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	33 970 217	36 723 215
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(6 636 033)	96 166 748
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	10 422 958	132 953 378
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(83 056 592)	(68 966 867)
Produits de disposition d'immobilisations	-	-
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	(83 056 592)	(68 966 867)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme - Emprunts effectués	79 741 254	115 579 048
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	(3 404 602)	(77 840 894)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	-	-
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	(24 000 000)	(53 000 000)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	125 220 665	113 039 629
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(103 473 760)	(160 159 839)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	-	-
Autres	-	-
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	74 083 557	(62 382 056)
AUGMENTATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	1 449 923	1 604 455
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	36 615 246	35 010 791
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	38 065 169	36 615 246
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse	38 065 169	36 615 246
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	-	-
TOTAL	38 065 169 \$	36 615 246 \$

"Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers".

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 1. - CONSTITUTION ET MISSION

Le CHU de Québec-Université Laval, ci-après appelé « l'établissement » a été constitué le 9 juillet 2012 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Cet établissement est issu de la fusion du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ #1104-2371) et du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA #1104-4914). Il a pour mandat d'offrir des soins généraux, spécialisés et surspécialisés à la clientèle de la grande région de Québec.

Le siège social de l'établissement est situé à L'Hôtel-Dieu de Québec au 11, côte du Palais, Québec.

L'établissement est composé de cinq hôpitaux, soit le CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec et les hôpitaux de l'Enfant-Jésus, Saint-François-d'Assise et du Saint-Sacrement.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

NOTE 2. - PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Conséquemment :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du manuel de comptabilité de CPA Canada, normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel (AS-471) exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont : la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la provision pour CSST et la provision pour assurance-salaire.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont satisfaites.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés.) Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé, si celle-ci prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc notamment l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception, des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et les placements temporaires de moins de trois mois.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

- Est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'elle le soit ou qu'en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant :

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, selon la méthode par profil. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars selon les taux horaire prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	0 %
Inflation	1,5 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures – bâtiment	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante (max. 10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipement – autres	15 ans
Équipement médical – Ameublement de chambre	25 ans
Autre mob. Équipement médical et transport	12 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunications	10 ans
Location – acquisition	Durée du bail
Construction en cours	s/o

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks de fourniture

Les stocks de fournitures sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Autres méthodes

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaire.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles comprennent les opérations qui découlent des fonctions qu'elle est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission;
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement fournit, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir. Elles comprennent les fonctions qu'elle exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales;
- Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :
 - Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
 - Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

objectifs similaires eu égard aux services fournis par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unité de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné, dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services liés aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, lié aux coûts directs nets ajustés.

NOTE 3. - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), un établissement public doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations. Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Éléments importants justifiant le déficit du fonds d'exploitation :

Mesures non réalisées	(10 096 833) \$
Fournitures de laboratoire	(2 356 066)
Analyses de laboratoire hors Québec (pathologie)	(1 007 292)
Greffes de moëlle osseuse non-financées	(771 632)
Baisse de la contribution des usagers	(609 865)
Ventes de service et recouvrements	(600 000)
Aide aux laryngectomisés non financée	(175 292)
Économie de médicaments	1 979 174
Énergie	2 222 863
Augmentation d'activités non financée	
Hémodynamie	(726 937)
Hémodialyse traditionnelle en unité de dialyse	(657 574)
Tomodensitométrie	(693 905)

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Téléthérapie	(773 253)
Divers	(159 362)
Activités accessoires	
Recherche	(124 150)
Transfert du 12 % des frais indirects des compagnies privées aux activités principales	(600 000)
Stationnements	(200 000)
Projets ad hoc de promotion de la santé	(2 077 092)
Cantine et Casse-Croûte	(85 150)
Plates-formes de recherches	(671 548)
ÉVAQ	384 180

Total	\$ (17 799 734) \$
	=====

NOTE 4. - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206, respectivement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations, sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par la présidente directrice générale le 19 juin 2015.

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) sont celles relatives au fonds d'exploitation transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier de façon importante au cours de l'exercice le budget adopté initialement :

Activités principales	Budget initial	Modification	Budget final
Budget initial	851 253 389 \$	654 221 \$	851 907 610 \$
Forfaitaire et convention collective	-	6 232 373	6 232 373
Volume de chirurgie	31 938 673	2 625 170	34 563 843
Alimentation parentérale	2 322 669	406 547	2 729 216
Analyses spécialisées de laboratoires	3 639 529	561 620	4 201 149
Services régionaux (Télésanté, RID, autre)	2 677 511	1 215 790	3 893 301
Enveloppe régionale	-	1 687 557	1 687 557
Produits sanguins	38 768 275	(4 826 987)	33 941 288
Loyer SQI	7 689 868	439 892	8 129 760
Soutien à l'optimisation	480 652	939 213	1 419 865
Changement de méthode comptable du MSSS	(3 721 446)	1 795 416	(1 926 030)
Transfert net d'activités au CIUSSS de la Capitale Nationale Loi 10	-	(20 196 380)	(20 196 380)
Transfert net d'activité de l'IUCPQ Loi 10	-	1 368 257	1 368 257
Activités accessoires			
Activités de Recherche	677 055	(244 151)	432 904
Enseignement activités accessoires	885 904	(145 454)	740 450
Promotion de la santé activités accessoires	142 750	132 393	275 143
Autres activités accessoires	3 447 387	(2 165 296)	1 282 091
RUIS transfert aux activités principales	2 969 039	(2 969 039)	-
Fonds d'immobilisations	70 335 667	1 456 348	71 792 015
Total des écarts	1 013 506 922 \$	(11 032 510) \$	1 002 474 412 \$
	=====	=====	=====

NOTE 5. - INSTRUMENTS FINANCIERS

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 6. - AUTRES DÉBITEURS

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 7. - AUTRE ÉLÉMENTS D'ACTIFS

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 8. - EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont :

- Pour le fonds d'exploitation : L'établissement a une marge de crédit avec le Fonds de financement d'une valeur de 56 000 000 \$ autorisée et utilisée à 100 % pour une période de six (6) mois renouvelable selon les besoins de l'établissement au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le remboursement se fera au rythme du remboursement du compte à recevoir du Ministère pour les déficits accumulés remboursables.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur autorisé de 28 729 409 \$ échéant le 31 décembre 2016 au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le montant utilisé est de 26 707 049 \$.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur de 17 365 299 \$ échéant le 31 décembre 2016 pour les enveloppes décentralisées liées à l'autorisation du 30 septembre 2015. Cet emprunt sera refinancé à long terme selon les modalités établies par le MSSS pour ce type d'emprunt.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec la SQI pour une valeur de 17 913 580 \$ au taux moyen mensuel sur les emprunts court terme du marché monétaire. Ce taux était de 0.839 % pour le mois de mars 2016.

NOTE 9. - AUTRES CRÉDITEURS

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 10. - DETTE À LONG TERME

Financement-Québec (Fréquence des versements – Annuellement)

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au	
Émis	Dû					31 mars 2016	31 mars 2015
93-03	18-01	B1	1 878 200	\$ 9,38 %	75 128	\$ 150 256	\$ 225 384
08-03	32-12	B19	20 385 046	4,96	815 402	13 861 832	14 677 233
10-03	16-06	B25	48 628 107	3,19	2 619 500	32 911 105	35 530 605
10-11	16-06	B26	32 122 762	2,65	1 365 278	25 296 370	26 661 648
12-02	18-12	B27	63 379 312	2,41	3 205 482	50 557 382	53 762 865
12-02	18-12	B28	879 271	2,41	125 610	376 830	502 441
12-12	18-06	B29	30 261 970	2,12	1 420 335	26 000 964	27 421 300
12-12	18-06	B30	45 965 621	2,12	2 053 398	39 805 428	41 858 825
12-02	18-12	B1	23 053 855	2,41	1 296 677	17 867 147	19 163 824
12-05	18-12	B2	3 257 455	2,66	130 298	2 866 561	2 996 859
08-06	15-12	B19	11 031 240	4,13	441 250	-	8 383 743
08-12	15-12	B20	18 268 844	4,11	1 201 088	-	11 061 316
09-06	34-06	B21	19 489 400	5,44	779 576	14 811 944	15 591 520
09-09	29-06	B22	1 008 065	4,98	50 403	705 645	756 048
09-09	16-06	B23	472 041	3,61	67 434	67 434	134 869
10-06	17-06	B25	655 379	3,81	93 626	187 251	280 877
10-06	16-12	B26	24 440 636	3,84	977 625	19 552 509	20 530 134
11-01	17-12	B27	48 451 918	3,59	2 982 989	33 536 972	36 519 961
11-01	17-12	B28	1 101 859	3,59	157 408	314 817	472 225
11-04	15-07	B29	187 200	2,95	41 600	-	62 400
11-06	17-12	B30	2 081 907	3,42	83 276	1 748 802	1 832 079
						280 619 249	\$ 318 426 156
						=====	=====

Fonds de financement (Fréquence des versements – Annuellement)

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au	
Émis	Dû					31 mars 2016	31 mars 2015
13-12	18-12	B31FF	88 959 967	\$ 2,30 %	4 024 259	\$ 80 911 449	\$ 84 935 708
13-12	18-12	B3FF2	30 999 789	2,30	1 567 740	27 864 309	29 432 049
14-03	18-12	B1FF	5 644 864	2,00	337 617	4 969 630	5 307 247
14-03	21-03	B2FF	491 071	2,78	70 153	350 765	420 918
14-03	21-03	B3FF	851 263	2,78	121 609	608 045	729 654
14-11	24-09	B4FF	55 544 890	3,00	2 221 796	53 323 094	55 544 890
14-11	22-03	B5FF	902 101	2,58	128 872	773 229	902 101
14-12	17-03	B6FF	1 322 800	1,29	661 440	661 440	1 322 880

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Date Émis	Date Dû	Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2016	Solde au 31 mars 2015
14-12	24-09	B7FF	41 059 669	2,90	2 324 050	38 735 619	41 059 669
15-02	23-09	B8FF	4 329 936	1,94	481 104	3 848 832	4 329 936
15-10	22-12	B9FF	3 945 800	2,02	563 686	3 945 800	-
15-10	25-09	B10FF	66 295 453	2,27	2 651 818	66 295 453	-
15-12	22-12	B11FF	7 942 493	2,02	441 250	7 942 494	-
15-12	18-12	B12FF	9 860 228	1,17	1 201 088	9 860 229	-
						300 090 388	\$ 223 985 052 \$
						=====	=====

Projets autofinancés non apparentés (Fréquence des versements – Mensuellement)

Date Émis	Date Dû	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2016	Solde au 31 mars 2015
Caisse Desjardins						
07-03	31-06	1 300 000 \$	TP-1%=1,85 %	53 608 \$	822 347 \$	875 955 \$
07-03	31-06	1 200 000	TP-1%=1,85	49 485	759 089	808 574
						1 581 436 \$
						=====

Projets autofinancés autres entités apparentées (Fréquence des versements – Annuellement)

	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2016	Solde au 31 mars 2015
Financement - Québec	2 278 538 \$	1,50 %	289 816 \$	- \$	289 816 \$
Fonds de financement	12 419 572	1,86	2 483 914	9 314 679	11 798 592
Fonds de financement	9 500 000	2,25	1 055 556	8 972 222	-
				18 286 901	\$ 12 088 408 \$
				=====	=====

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Les versements à effectuer au cours des prochains exercices sont les suivants :

Exercice financier	2016	2015
2016	- \$	52 622 368 \$
2017	111 536 069	105 622 672
2018	62 200 454	56 287 057
2019	244 647 202	232 476 840
2020	13 671 301	8 958 992
2020-2025	-	84 991 625
2021	11 808 366	-
2022-2026	143 238 466	-
2025-2030	-	8 742 370
2027-2031	8 691 967	-
2030-2035	-	6 482 221
2032-2036	4 784 149	-
	-----	-----
Total	600 577 974 \$	556 184 145 \$
	=====	=====

Tous ces emprunts sont garantis par le gouvernement du Québec.

NOTE 11. - PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain ne faisant pas l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'usage antérieur du site.

A cet égard un montant de 322 500 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016. Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation et ingénierie détaillée.

NOTE 12. - AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

La nature des autres éléments des passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 13. - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 14. - AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 15. - INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 16. - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers par l'intermédiaire de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assure de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les débiteurs - MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir ou perçue d'avance - réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

	Exercice courant		Exercice précédent	
Encaisse	38 065 169	\$	36 615 246	\$
Débiteurs MSSS	97 040 604		128 527 288	
Autres débiteurs	55 061 597		51 506 294	
Subvention à recevoir - réforme comptable	174 519 352		168 152 000	
	-----		-----	
Total	364 686 722	\$	384 800 828	\$
	=====		=====	

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir - réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les quatre (4) mois suivant la fin de l'exercice.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de comptes aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance.

Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales incluses dans les autres débiteurs représentaient 41 % du montant total recouvrable.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant		Exercice précédent	
Autres débiteurs sans risque	50 144 370	\$	46 553 491	\$
Autres débiteurs avec un certain risque :				
Moins de 30 jours	1 890 797		2 119 437	
De 30 à 59 jours	825 402		1 194 513	
De 60 à 89 jours	314 478		396 723	
De 90 jours et plus	3 209 595		2 335 692	
<i>Sous-total</i>	6 240 272		6 046 365	
Provision pour créances douteuses	(1 323 045)		(1 093 562)	
<i>Sous-total</i>	4 917 227		4 952 803	
	-----		-----	
Total des autres débiteurs	55 061 597	\$	51 506 294	\$
	=====		=====	

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant		Exercice précédent	
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	1 093 562	\$	908 861	\$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	606 250		245 487	
Montants recouverts	(376 767)		(60 786)	
	-----		-----	
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	1 323 045	\$	1 093 562	\$
	=====		=====	

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit avec échéance de moins d'un an ou des acceptations bancaires à moins de 180 jours. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 60 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant		Exercice précédent	
De moins de 6 mois	140 133 388	\$	132 266 652	\$
De 6 mois à 1 an	841 649		2 338 435	
De 1 à 3 ans	2 476 723		2 797 493	
De 3 à 5 ans	791 966		-	
De plus de 5 ans	-		-	
	-----		-----	
Total des autres créditeurs	144 243 726	\$	137 402 580	\$
	=====		=====	

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant		Exercice précédent	
Emprunts temporaires	146 702 512	\$	148 955 607	\$
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	-		41 167 021	
Dettes à long terme	600 577 974		556 184 145	

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

Du montant des emprunts temporaires totalisant 146 702 512 \$, un montant de 100 072 348 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %, alors que d'autres représentant 28 716 584 \$ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Un dernier emprunt de 17 913 580 \$ portant intérêt selon le taux moyen mensuel sur les emprunts court terme du marché monétaire. Ce taux était de 0,839 % au mois de mars 2016. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 600 577 974 \$, un montant de 580 709 637 \$ représente des emprunts portant intérêts à taux fixe. Les intérêts à taux fixe sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. De plus, 18 286 901 \$, représente des emprunts portant intérêt à taux fixe pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

Enfin, une somme de 1 581 436 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 17. - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et les organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 18. - OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022 et</u> <u>Suivants</u>
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec la SQI à verser :						
Un montant trimestriel de 203 848 \$ pour le stationnement du CHUL. Le bail est de vingt-cinq ans et se termine le 1 ^{er} novembre 2028.	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	6 115 443 \$
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec d'autres organismes à verser :						
Un montant annuel de 35 983 \$ au CIUSSS de la Capitale Nationale. Le bail se renouvelle d'année en année.	35 983	-	-	-	-	-
Un montant mensuel de 19 306 \$ à l'Externat Saint-Jean-Eudes pour des locaux administratifs. Le bail est de dix ans et se termine le 30 juin 2018.	231 667	231 667	57 918	-	-	-
Un montant mensuel de 21 150 \$ à Gestion Laberge pour l'entrepôt de marchandises. Le bail est de dix ans et se termine le 1 ^{er} février 2022.	253 797	253 797	253 797	253 797	253 797	211 497
Un montant mensuel de 13 210 \$ à Cité médicale pour des bureaux de consultation. Le bail est de dix ans et se termine le 31 juillet 2021.	158 532	158 532	158 532	158 532	158 532	52 844
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec la SQI et a accepté que le MSSS verse directement à la SQI :						
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre mère-enfant soleil. Le bail est de quinze ans et se termine le 11 juillet 2018.	4 407 542	4 407 541	1 469 180	-	-	-
Un montant annuel de base déterminé par la SQI pour le Centre de recherche St-Patrick. Le bail est renouvelé automatiquement pour cinq ans et se termine le 31 mars 2020.	884 284	884 284	884 284	884 284	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le 6, rue McMahon (CRCEO). Le bail est de quinze ans et se termine le 30 mars 2021.	1 698 117	1 698 117	1 698 117	1 698 117	1 698 118	-

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022 et</u> <u>Suivants</u>
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre de recherche du CHUL – Bloc R. Le bail est de quinze ans et se termine le 30 octobre 2020.	1 603 803	1 603 803	1 603 803	1 603 803	935 551	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre de recherche HSFA. Le bail est renouvelé automatiquement pour cinq ans et se termine le 31 mars 2020.	183 841	183 841	183 841	183 841	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le stationnement CHSLD St-Charles de Limoilou. Le bail est du 1er novembre 2009 au 31 octobre 2024.	90 786	90 786	90 786	90 786	90 786	325 314
Total	10 363 744	10 327 760	7 215 650	5 688 552	3 952 176	6 705 098

Obligations contractuelles autres que les locations d'espaces

Échéance	Contrat d'acquisition d'immobilisations	Contrat d'approvisionnement biens et services	Contrat location-exploitation non apparenté	Total
2016-2017	31 196 204 \$	19 855 614 \$	1 670 465 \$	52 722 283 \$
2017-2018	-	8 501 867	1 333 447	9 835 314
2018-2019	-	5 981 859	788 475	6 770 334
2019-2020	-	5 081 598	422 771	5 504 369
2020-2021	-	3 222 017	404 182	3 626 199
2021-2026	-	1 132 396	252 239	1 384 635
2026-2031	-	-	-	-
Total	31 196 204 \$	43 775 351 \$	4 871 579 \$	79 843 134 \$

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Exercice terminé le 31 mars 2016

NOTE 19. - EVENTUALITÉS

L'établissement a, à titre d'éventualités indéterminables (non comptabilisées), des griefs d'un montant total de 293 013 \$.

NOTE 20. - CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Examen analytique non audité

États financiers résumés

Examen analytique non audité

ÉTAT DES RÉSULTATS - AUTRES REVENUS (p. 3)

	2016		2015	
Financement public-parapublic	59 451 323	\$	60 462 450	\$
Contributions au titre des coûts indirects recherche	5 785 691		5 991 244	
Revenus des stages d'enseignement	1 669 848		1 706 132	
Location d'espace	595 377		555 701	
Autres revenus de location	11 200		7 000	
Escompte de caisse	879 234		881 765	
Subventions d'universités	22 101 508		25 323 214	
Entreprises privées	10 040 394		11 303 210	
Fondations et OSBL	4 402 300		2 548 219	
Autres revenus	20 148 109		22 971 015	
	125 084 984		131 749 950	

ÉTAT DES RÉSULTATS - AUTRES CHARGES (p.3)

	2016		2015	
Services achetés	37 817 388	\$	42 166 916	\$
Fournitures médicales et diverses	34 714 271		35 029 675	
Honoraires professionnels	10 039 973		10 725 184	
Fournitures et approvisionnement	22 618 063		24 965 108	
Énergie, électricité et combustibles	13 078 152		14 432 722	
Publicité et communication	2 182 379		2 959 688	
Frais de déplacement, formation, cotisation et assurance	5 387 318		6 508 565	
Dépenses informatiques	3 000 801		3 091 960	
Transports, usagers et autres	5 807 161		5 933 760	
Entretien, réparation, immeuble, équip. Gén & électro.	926 195		1 841 328	
Transfert frais gén directs & ind.	-		1 513 970	
Passif au titre des sites contaminés	322 500		-	
Autres	1 367 288		2 567 501	
	137 261 489		151 736 377	

Changement de présentation en 2015-2016. Les contrats de service d'entretien et réparations pour les laboratoires, la médecine nucléaire, l'imagerie médicale et la radio oncologie sont maintenant présentés à la ligne 20 de la page 200-00 des états financiers. Ces dépenses totalisent 7 153 696\$ (Référence page 325 lignes 18 à 25)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - AUTRES DÉBITEURS
(p.5)

	2016		2015
Établissements	7 926 911	\$	1 800 333
Agence	-		1 888 267
Contribution des usagers	6 240 274		6 046 365
Avances aux employés	10 308 998		12 282 108
Réclamations TPS et TVQ	4 680 932		5 520 034
Ministère des anciens combattants	-		484 235
Recherche	11 507 958		9 056 257
Fondation du CHU et Corporation des bénévoles	2 248 588		2 395 103
RAMQ	8 114 607		5 546 982
Autres	5 356 374		7 580 172
Sous-Total	56 384 642		52 599 856
Provision pour créances douteuses	(1 323 045)		(1 093 562)
Total	55 061 597		51 506 294

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - AUTRES ÉLÉMENTS
D'ACTIFS (p.5)

	2016		2015
Dépôts sur acquisition d'immobilisations	535 072	\$	2 180 378 \$
Congés à traitement différés	1 460 709		1 684 298
Autres	66 667		87 430
	2 062 448		3 952 106

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - AUTRES
CRÉDITEURS ET CHARGES À PAYER (p.5)

	2016		2015
Comptes fournisseurs et frais courus	69 358 444	\$	69 492 009 \$
Salaires	49 377 582		35 070 875
Déductions à la source et charges sociales	24 275 065		31 516 683
Autres	1 232 635		1 323 013
	144 243 726		137 402 580

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - AUTRES ÉLÉMENTS
DE PASSIFS (p.5)

	2016		2015	
Congés à traitement différé	937 156	\$	927 580	\$
Autres	1 471 868		1 644 941	
	2 409 024		2 572 521	

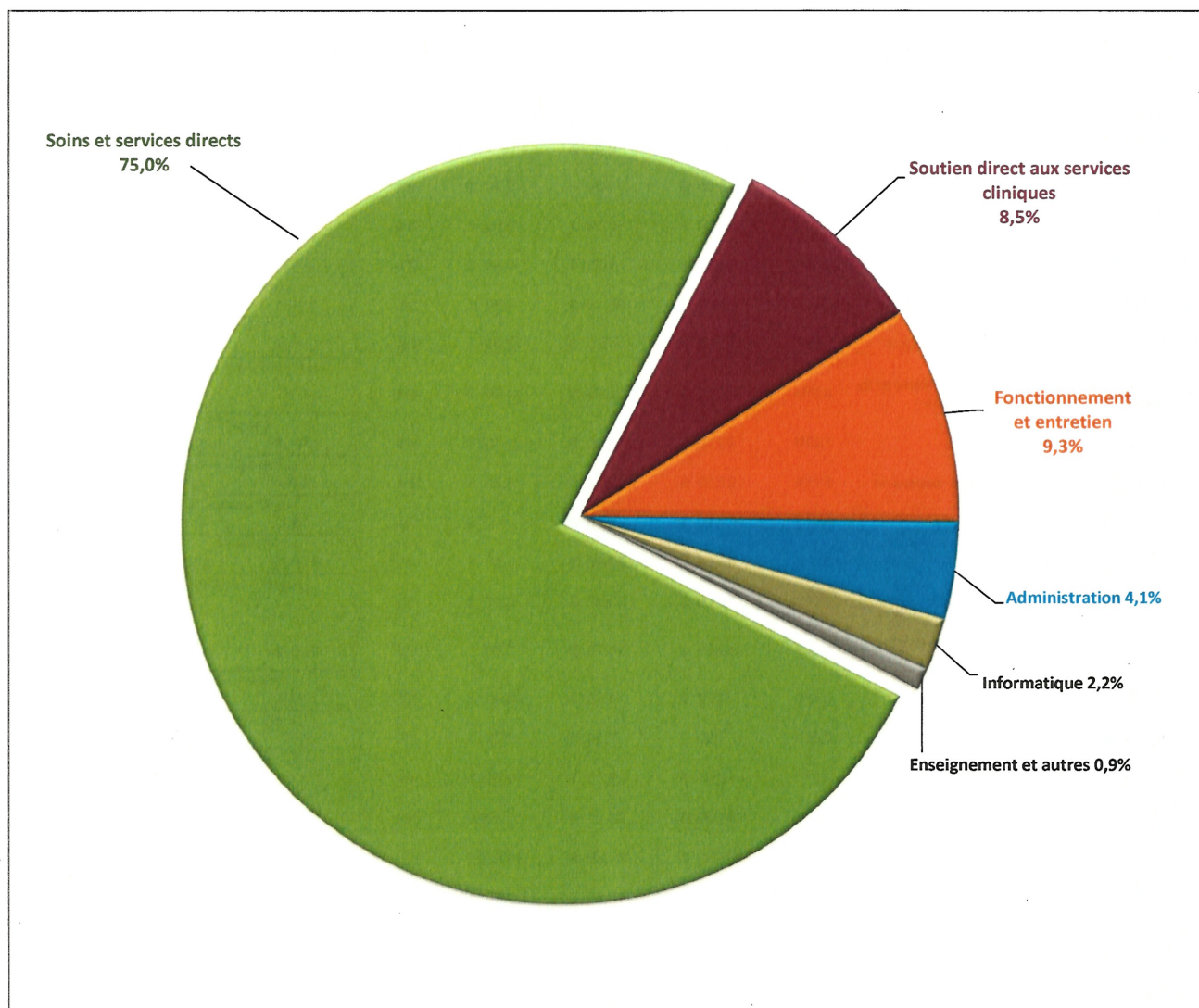
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - STOCKS DE
FOURNITURES (p.5)

	2016		2015	
Médicaments	4 220 975	\$	4 438 655	\$
Produits sanguins	2 340 034		2 372 037	
Fournitures médicales et chirurgicales	7 829 623		8 387 066	
Denrées alimentaires	34 671		28 628	
Autres	7 630 864		6 985 887	
	22 056 167		22 212 273	

Détail autres

Fournitures de laboratoire	2 366 741		2 150 465	
Fournitures de lingerie	1 272 019		1 292 040	
Fournitures de radiologie	1 701 694		1 550 847	
Fournitures biomédicales	1 157 086		1 078 108	
Virus Ebola	70 259		81 395	
Autres	1 063 065		833 032	
	7 630 864		6 985 887	

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES ANNÉE 2015-2016



	Charges brutes			
	2015-2016		2014-2015	
	%	M \$	%	M \$
Soins et services directs (1)	75,0%	744,20 \$	75,5%	759,00 \$
Soutien direct aux services cliniques	8,5%	84,30 \$	8,6%	86,90 \$
Fonctionnement et entretien	9,3%	91,80 \$	9,4%	94,20 \$
Administration	4,1%	40,80 \$	4,1%	41,30 \$
Informatique	2,2%	21,90 \$	1,6%	16,30 \$
Enseignement et autres	0,9%	9,30 \$	0,8%	8,20 \$
Total des charges brutes		992,30 \$		1 005,90 \$

(1) Les soins et services directs incluent les services cliniques, professionnels et diagnostiques ainsi que les activités de la pharmacie.

CHARGES COMPARATIVES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS (Activités principales)							Unités de mesure			
Activités	Poids %	2015-2016 (M\$)	2014-2015 (M\$)	Augmentation (Diminution) (M\$) Réel 15-16 vs réel 14-15	Augmentation (Diminution) % Réel 15-16 vs réel 14-15	2015-2016	2014-2015	Augmentation (Diminution) % Réel 15-16 vs réel 14-15	Notes	
6010-6020-6050-6060-6160-6080	Soins infirmiers sur les unités de soins	17,84%	177,00 \$	187,60 \$	(10,60) \$	-6%	453 996	496 676	-9%	1
6170	Soins infirmiers à domicile	0,02%	0,20 \$	0,30 \$	(0,10) \$	-33%	Le jour présence (A) 439	503	-13%	1
6180	Hôtellerie hospitalière	0,03%	0,30 \$	0,30 \$	- \$	0%	L'usager (B) 16 692	16 886	-1%	
6200	Soins spéc. nouveau-nés	1,44%	14,30 \$	14,00 \$	0,30 \$	2%	Le jour présence (A) 18 441	17 732	4%	
6240	Urgence	5,70%	56,60 \$	59,50 \$	(2,90) \$	-5%	Le jour présence (A) 236 918	231 528	2%	1
6250	Nutrition parentérale totale	0,15%	1,50 \$	1,40 \$	0,10 \$	7%	La visite (A) 14 109	14 405	-2%	
6260-6070	Bloc opératoire et chirurgie d'un jour	9,57%	95,00 \$	90,10 \$	4,90 \$	5%	Le jour traitement (A) 102 458	105 876	-3%	
6280-6290-6300-7090	Services en externe et Hôp.de jour	3,28%	32,60 \$	34,90 \$	(2,30) \$	-7%	L'usager (B) 699 254	695 841	0%	
6330	Services d'évaluation / traitement de 2e et 3e ligne en santé mentale	0,27%	2,70 \$	4,60 \$	(1,90) \$	-41%	La visite-La présence-Le jr soins (A) 6 779	7 708	-12%	1
6350	Inhalothérapie	1,03%	10,20 \$	10,60 \$	(0,40) \$	-4%	L'usager (B) 6 760 560	6 221 361	9%	
6360	Centre de soins mère et nouveau-né	2,72%	27,00 \$	26,70 \$	0,30 \$	1%	L'unité technique (A) 46 280	46 351	0%	
6550	Services dentaires curatifs	0,11%	1,10 \$	1,10 \$	- \$	0%	Le jour présence (A) 1 364	1 319	3%	
6600	Laboratoires	6,27%	62,20 \$	60,40 \$	1,80 \$	3%	L'usager (B) 57 214 764	62 553 086	-9%	2
6620	Sécurité transfus. et produits sanguins	3,47%	34,40 \$	33,90 \$	0,50 \$	1%	La procédure pondérée (A)			
6610 - 6710 - 6780	Physiologie resp, électrophysiologie et médecine nucléaire	1,54%	15,30 \$	14,70 \$	0,60 \$	4%	10 711 425	10 311 600	4%	
6750	Hémodynamie	0,48%	4,70 \$	4,30 \$	0,40 \$	9%	L'unité technique (A) 292 945	270 825	8%	
6770	Endoscopie	0,83%	8,20 \$	7,50 \$	0,70 \$	9%	L'unité technique (A) 69 552	67 939	2%	
6790	Dialyse rénale	1,27%	12,60 \$	12,10 \$	0,50 \$	4%	Le nombre d'exams (A) 71 379	71 005	1%	
6800	Pharmacie	8,82%	87,60 \$	88,70 \$	(1,10) \$	-1%	Le traitement (A)			
6830	Imagerie médicale	3,52%	34,90 \$	35,50 \$	(0,60) \$	-2%	16 645 458	16 085 075	3%	
6840	Radio-oncologie	1,15%	11,40 \$	10,80 \$	0,60 \$	6%	L'unité technique (A) 4 008	4 030	-1%	
6560-6860 6870-6880-7553	Services professionnels	2,99%	29,70 \$	33,30 \$	(3,60) \$	-11%	La mise en traitement (B)			
7060	Hémato-oncologie	1,07%	10,60 \$	10,40 \$	0,20 \$	2%	79 593	96 457	-17%	2
5950-6000-7150	Administration des soins et Formateurs	2,01%	19,90 \$	22,10 \$	(2,20) \$	-10%	La visite (A)			
6320	Unité de retraitement (stérilisation)	0,72%	7,20 \$	7,40 \$	(0,20) \$	-3%	450 520	987 697	-54%	2
7390-7400	Déplacements des usagers	0,66%	6,50 \$	6,60 \$	(0,10) \$	-2%	Le retraitement pondéré (A) 44 556	46 262	-4%	
7530	Archives- réception- télécommunications	2,59%	25,70 \$	25,40 \$	0,30 \$	1%	Le déplacement d'un usager (A)			
7554	Services d'alimentation	2,52%	25,00 \$	25,40 \$	(0,40) \$	-2%	3 338 165	3 422 601	-2%	
7600 - 7640 - 7650	Buanderie, hygiène et salubrité	3,40%	33,70 \$	34,80 \$	(1,10) \$	-3%	Le repas (A)			
7700-7710- 7800	Fonctionnement, sécurité, entretien	5,85%	58,10 \$	59,40 \$	(1,30) \$	-2%	438 182	437 838	0%	
7300 - 7320	Administration	4,11%	40,80 \$	41,30 \$	(0,50) \$	-1%	Le mètre carré (A)			
7340	Informatique	2,20%	21,90 \$	16,30 \$	5,60 \$	34%				3
4130-6380-6580-6390-6900-7200-7900-7910-7930-7980-7990	Autres charges non détaillées	2,36%	23,40 \$	24,50 \$	(1,10) \$	-4%				
SOUS-TOTAL		100,00%	992,30 \$	1 005,90 \$	(13,60) \$	-1%	Note 1 : Transfert CIUSSS Note 2 : Compilation modifiée Note 3 : Transfert IUCPQ et changement de comptabilisation			
Charges non réparties			9,00 \$	3,10 \$						
Transferts de frais généraux			(1,70) \$	(1,70) \$						
TOTAL			999,60 \$	1 007,30 \$						
Correspond au AS471 P.320 L.17 / RR446 P.200.03 L.25 Correspond au AS471 P.321 L.33 / RR446 P.204, L.43 Correspond au AS471 P.320 L.20										

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 de vérification. 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 se 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 de vérification 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.

13 juin 2016

Date

Gertrude Bourdon

Nom


Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)13 Juin 2016

Date

FRANÇOIS LATREILLE

Nom


Signature de la personne désignéeDIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT

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.

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

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 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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						
L'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activités 6565 (Services sociaux) n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière (MGF) puisque le système utilisé ne permet pas la compilation de toute personne qui est un proche de l'utilisateur et qui est sujet d'une intervention psychosociale. Si elle avait été établie conformément auxdites exigences, l'unité de mesure « l'utilisateur » pour le sous-centre d'activités 6565 (Services sociaux) présentée à la page 650 du rapport financier annuel aurait été augmentée et le coût unitaire s'y rapportant aurait été diminué en conséquence.	2012-13	C	Dans la mise à jour du Manuel de gestion financière 2015 - 2016, le MSSS retire la mention à l'effet qu'on devrait compiler une unité de mesure pour toute personne qui est un proche de l'utilisateur et qui est sujet d'une intervention psychosociale. Il précise plutôt que le proche ne peut être relevé à titre d'utilisateur.	R		
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	La fusion du système de rendez-vous débutée en 2014 - 2015 permettra à échéance d'avoir un patient unique à l'aide de l'index-patient maître.			NR
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'unité technique	2012-13	C	Tous les établissements du réseau qui utilisent le système			NR

provinciale » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie) n'est pas conforme aux définitions du MGF puisque les examens et procédures sont seulement compilés au moment de la signature électronique des médecins qui n'est pas nécessairement la même que la date des examens et procédures tel que prescrit au MGF.			Médirad compile de cette façon. Le rapport de compilation du fournisseur du système utilise la date de signature car, il y a un lien avec la facturation du médecin.			

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

1) Pour le centre d'activité 7700 « fonctionnement des installations » l'ajustement à la ligne 23 de 9 565 186 \$ à l'égard des loyers ne répond pas à la définition des ajustements possibles prévus au manuel de gestion financière chapitre 3, section C. Ce montant est de 8 438 250 \$ pour l'année 2014 - 2015.	2012-13 2013-14 2014-15	C	L'établissement a apporté les correctifs en 2015 - 2016 et respecte la définition des ajustements prévus au MGF.	R		
2) Des montants ne respectent pas les critères de report de revenus ont été inscrits au fonds d'exploitation pour un total de 2 211 260 \$ relativement aux subventions provenant du privé et de 1 409 499 \$ relativement aux subventions en provenance de sources gouvernementales. Pour l'année 2014 - 2015 ce montant est de l'ordre de 1 470 321 \$.	2012-13 2013-14 2014-15	C	L'établissement a apporté les correctifs en 2015 - 2016 et respecte par le fait même les normes comptables.	R		

Rapport à la gouvernance

Comptabilisation et présentation des activités de recherche – revenus reportés Le CHUQ applique une comptabilité « au net » dans ses activités de recherche. Plus précisément, l'ensemble des projets en surplus (sommes reçues excédant les coûts de réalisation), comme déficitaires, font l'objet d'un report. Cela ne respecte donc pas les critères	2010-11	C	L'établissement a apporté les correctifs en 2015 - 2016 et respecte par le fait même les normes comptables.	R		
--	---------	---	---	---	--	--

de report prévus aux normes comptables et affecte les résultats.						
Plan de reprise des opérations informatiques et de continuité des affaires Nous avons constaté que l'Établissement n'a pas de plan écrit de reprise des opérations informatiques ni de plan de continuité des affaires. Le plan de reprise des opérations informatiques est un élément crucial et nécessaire à la continuité des opérations, puisque c'est sur celui-ci que repose la capacité de récupération des activités dans l'éventualité où surviendrait un sinistre ou une panne informatique prolongée. Sans plan à jour, il existe un risque que des données essentielles à la poursuite des activités soient perdues ou récupérées dans des délais inacceptables pour l'organisation. Nous recommandons à l'Établissement de mettre en place un plan de reprise des opérations informatiques et le consigner par écrit. Ce plan devrait permettre de déterminer, entre autres, les systèmes et applications prioritaires à relever et le délai de recouvrement souhaité par la direction et les utilisateurs. De plus, ce plan devrait faire l'objet d'essais de reprise effectués sur une base périodique, au moins annuellement. Enfin, le plan de reprise des opérations informatiques devrait être complété par un plan de continuité des affaires.	2010-11	C	Le plan de reprise des opérations informatiques est constitué, dans un premier temps, de mesures visant à assurer la continuité de fonctionnement des serveurs et des bases de données à partir desquels les ensembles GRF/GRM et Paie/GRH sont exploités. À cet effet, les configurations d'équipements, de logiciels et de progiciels sont constitués d'un environnement de production doublé d'un environnement de relève; les 2 environnements étant situés en des lieux physiques distincts. Les opérations faites dans l'environnement de production sont aussi enregistrées dans l'environnement de relève en temps réel. Advenant, un bris de l'environnement de production, il est alors prévu de transférer ou de basculer les opérations vers l'environnement de relève. Le plan d'essai de la relève sera préparé et fera l'objet d'un essai contrôlé au cours de l'exercice 2016 - 2017. Le plan de reprise des opérations informatiques est aussi constitué, dans un deuxième temps, de mesures visant à reprendre les opérations GRF/GRM et Paie/GRH à partir des copies de sûreté. La documentation des plans de reprise après sinistre est enregistrée sur le serveur SharePoint qui est situé dans un autre site que les serveurs des applications GRF, GRM et GRH. Un plan de continuité des affaires est en cours dans notre		PR	

			établissement. Notre présidente directrice générale a nommé un gestionnaire au titre de responsable de la continuité des services (RCS) tel que demandé par le conseil du trésor. Le personnel de la direction des technologies de l'information a déposé, en janvier 2016, un document identifiant les composantes d'un plan de continuité des affaires sous le titre "Système management de la continuité des activités". Des représentants de la direction des finances ont entrepris en avril 2016 l'inventaire des risques et des mesures compensatoires advenant la non disponibilité des ensembles GRF/GRM et Paie/GRH pour une période excédant la cote DIC associée au Cadre global de gestion des actifs informationnels.			
Paramètres de sécurité des mots de passe Nous avons constaté que les paramètres de mots de passe de l'Active Directory (donnant accès au réseau) et de l'application Espresso GRF / GRM ne sont pas complètement conformes aux directives de sécurité communiquées dans les politiques et procédures en matière de sécurité des accès aux systèmes. En effet, la composition des mots de passe de l'Active Directory et de GRM n'intègrent pas de critères de complexité tels que des lettres, chiffres ou caractères spéciaux. De plus, la longueur des mots de passe d'Espresso GRF / GRM n'est pas conforme au minimum de huit caractères énoncé dans la politique. Nous aimerions porter à votre attention que les directives de sécurité sont plus près des saines pratiques en matière de sécurité des accès. La faiblesse dans la sécurité des mots de passe de l'application comptable	2011-12	C	La norme des mots de passe de l'Active Directory est conforme au Cadre global de gestion des actifs informationnels. Un mot de 8 caractères minimum, incluant 1 majuscule, 1 chiffre ou 1 caractère spécial. Chaque utilisateur doit changer son mot de passe après 90 jours. Windows retient les 15 derniers mots de passe de façon à ce que l'utilisateur ne puisse les réutiliser. L'utilisateur qui échoue 5 tentatives d'accès est verrouillé. Le personnel de la direction des finances a entrepris, en mars 2016, d'activer la fonction LDAP pour les applications comptables; ce qui a pour effet de synchroniser les mots de passe de l'ensemble GRF/GRM		PR	

augmente les risques que des utilisateurs non autorisés accèdent aux données financières et que des modifications non appropriées soient effectuées. De plus, les écarts avec les directives de sécurité peuvent nuire à la crédibilité des efforts de la direction en matière de sécurité de l'information. Nous recommandons à l'Établissement de renforcer la sécurité des mots de passe de l'application comptable et d'activer le changement périodique des mots de passe. Aussi, l'Établissement devrait s'assurer que la politique de sécurité de l'information, les normes et les lignes directrices en matière de sécurité de l'information énoncent la volonté de la direction en cette matière et sont mises en Œuvre en totalité.			avec les mots de passe de l'Active Directory; donc conforme au Cadre global de gestion des actifs informationnels. À la fin de mai 2016, les pourcentages des utilisateurs GRF et GRM activés LDAP sont respectivement de 53 % et de 15 %. L'activation sera complétée durant l'exercice financier 2016 - 2017.			
Les mises à jour des profils d'utilisateurs et des menus du système ne sont pas limitées au personnel affecté à la sécurité des TI. Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences de la mesure 5.7.3 du Cadre global de gestion.	2015-16	C	L'établissement a pris cette décision sur la base que les pilotes des systèmes financiers et des ressources humaines ont beaucoup plus d'expertise dans la connaissance fine de ces outils informatique. Ils sont en contrôle des profils et ont les habilitations nécessaires pour octroyer les droits d'accès pointus reliés à ce domaine d'affaire dont la sécurité d'accès devient un enjeu organisationnel. C'est une expertise trop pointue pour le personnel de la DTI. L'organisation a donc responsabilisé les détenteurs de ces domaines d'affaire au niveau des accès. Une politique est en cours d'approbation dans notre établissement à ce sujet.		PR	

exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

Conseils et comités

Le comité de vigilance et de la qualité

En raison de l'application de la loi 1 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, la nouvelle présidente du comité de vigilance et de la qualité a été nommée à l'automne 2015. Des rencontres préparatoires ont été tenues et le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni le 25 janvier 2016.

Le comité a donc fait le suivi des recommandations adressées par le Protecteur du citoyen et chacune de ces recommandations a été mise en application. De plus, le comité a effectué le suivi des recommandations adressées par la commissaire à différentes directions cliniques, dont voici les principaux sujets ainsi que les suites qui ont été données :

Principaux sujets des recommandations qui ont été suivies par le comité	Suites ou améliorations apportées ou envisagées en suivi de ces recommandations
Améliorer l'information à donner aux usagers concernant la facturation des frais de chambre. Cette recommandation a été adressée à plusieurs services durant l'année.	Plan de communication pour tout le personnel afin de respecter la trajectoire d'information vers le service des admissions.
Évaluer les compétences techniques de professionnelles.	Les évaluations ont été effectuées et des objectifs d'amélioration ont été établis, ceci en collaboration avec la Direction des ressources humaines.
Assurer une bonne communication aux membres de famille ou représentants lors du retour à domicile d'usagers ayant des troubles cognitifs.	Mise en application d'un formulaire concernant toutes les démarches à effectuer pour la préparation du retour à domicile sécuritaire, incluant la communication à la famille.
Faire connaître et appliquer la Politique de prévention et de gestion des situations de violence de la clientèle à l'endroit d'un intervenant.	Plan de communication et sensibilisation pour tout le personnel de l'équipe concernée, afin d'optimiser l'application de cette politique.

Composition du comité :

Présidente : M^{me} Suzanne Petit

Vice-présidente : Poste vacant

Membres :

- M^{me} Marielle Philibert (comité des usagers)
- Commissaire locale aux plaintes
- M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale du CHU de Québec-Université Laval

Le comité de gestion des risques

Élément d'information exigé dans la circulaire	
Suites apportées aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport	En mars 2014, le CHU était agréé à l'issue de sa toute première visite d'Agrément Canada en tant qu'établissement fusionné. Depuis cette visite, l'établissement a fourni des preuves additionnelles visant notamment à démontrer la conformité au regard de la prévention de la violence au travail, l'obtention du consentement et de la formation SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail). Par la suite, Agrément Canada confirmait que le plan d'amélioration continue de la qualité a été mis à jour de manière à démontrer la conformité aux exigences évaluées. De plus, Agrément Canada a décerné une pratique exemplaire à « depistagesein.ca - un site qui rayonne », initiative du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de la Capitale-Nationale, situé à HSS.
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	Diverses stratégies adaptées aux réalités des sites du CHU ont été développées afin de promouvoir tant la déclaration que la divulgation comme le démontrent les exemples ci-dessous : - La mise à jour puis le déploiement de la formation en ligne qui intègre des notions de gestion des risques, de déclaration, de divulgation et d'utilisation du logiciel GESRISK; - Les activités de support et les contrôles de qualité sur les unités et services qui utilisent le formulaire électronique de déclaration des incidents et accidents; - Les rencontres avec les partenaires Qualité dans toutes les directions, les cochefs et les membres des équipes d'amélioration continue de la qualité. De plus, le déploiement du rapport électronique de déclaration des incidents et accidents offre une opportunité sans pareille pour promouvoir concrètement, la déclaration et la divulgation auprès des intervenants. En mars 2016, le formulaire électronique était utilisé globalement pour plus de 79 % des déclarations et cette proportion devrait atteindre plus de 89 % au cours de l'été prochain. Cette activité est à l'origine d'une fiabilité accrue et d'une disponibilité en temps réel des données.

Élément d'information exigé dans la circulaire	
Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner	L'établissement a reçu sept rapports du coroner en 2015-2016. Pour quatre de ces rapports, aucune recommandation n'a été adressée à l'établissement alors que des autres découlent ces trois recommandations : - Recommandation conjointe avec un organisme communautaire en prévention du suicide de revoir l'entente de collaboration et les procédures liées au programme d'intervention <i>Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (SILAR)</i>; - Recommandation de porter une attention particulière lors de la révision de l'évaluation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire chez l'usager dont les idées suicidaires découlent d'un problème médical physique; - Recommandation de soumettre le rapport au <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHU pour évaluer l'adéquation de la prise en charge médicale</i>. Ces recommandations ont été appliquées rapidement à la suite de la réception des rapports du coroner. Avec ou sans recommandation du coroner, chacun des événements visés par un rapport du coroner, a été présenté et analysé par les membres du comité des événements sentinelles, l'un des comités expert du comité de gestion des risques de l'établissement. Les mesures préventives et correctives issues de ces analyses ont été implantées ou sont en voie de l'être. De façon proactive, à la recherche de leçons apprises permettant d'assurer la sécurité des soins et des services, l'établissement a tenu un registre comprenant l'ensemble des recommandations émises par le coroner dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cet exercice a permis d'alimenter notamment les travaux portant sur la prévention des embolies, des chutes, des suicides et les services d'urgence (triage et prise en charge).
Faits saillants issus du rapport annuel du comité de gestion des risques (incluant avis au CA/DG et suites apportées à ces avis)	Au cours de l'année 2015-2016, les membres du comité de gestion des risques ont tenu quatre rencontres régulières : tant les événements sentinelles que les situations à risque ont fait l'objet des discussions concernant l'application de mesures préventives et correctives lorsque requis. Au chapitre des faits saillants, notons : - 4 rencontres du comité des événements sentinelles; - 4 ateliers d'harmonisation des activités de gestion des risques; - la fin d'un premier cycle de formation des membres du comité de gestion des risques - programme créé au CHU (3 volets) et le début d'un second cycle (1 volet); - la tenue du registre de suivi des avis du coroner à des fins formatives depuis juillet 2014; - le déploiement du formulaire électronique de déclaration des incidents et des accidents; - la tenue d'un Mois Promotion de la Qualité; - l'émission d'avis d'expertise en gestion des risques; - la participation active du module Qualité, Sécurité et Gestion des risques aux comités et travaux liés à la prévention des chutes, à la sécurité du circuit du médicament, au nouveau centre hospitalier (NCH), à la gestion intégrée en santé, sécurité et qualité de vie au travail, à la sécurité informationnelle, à l'implantation d'un système organisationnel de gestion, etc.

Élément d'information exigé dans la circulaire	
Principaux risques d'incident-accident mis en évidence au moyen du registre local de surveillance	Les principaux incidents et accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance Gesrisk sont les suivants : Erreurs survenant dans le circuit du médicament (42 %) p.ex. omission ou retard d'administration d'un médicament; Chutes (23 %); Autres types d'évènements (9%) p.ex. blessure à la tête suite à un contact avec le téléviseur, page manquante dans le dossier médical. Erreurs en lien avec un traitement (8 %) p.ex. omission ou retard dans un traitement, infiltration d'un soluté.
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de gestion des risques d'incidents-accidents	Le comité de gestion des risques n'a reçu aucune recommandation. Toutefois, il s'est assuré du suivi de certaines améliorations particulières, émises à la suite d'analyses approfondies réalisées en gestion des risques. Elles font suite à des événements indésirables survenus ou ont été analysées d'une manière prospective. Les améliorations proposées reposent sur une échelle qui détermine leur efficacité. Les améliorations effectuées sont regroupées en fonction du degré d'efficacité visé. Elles sont à l'origine des améliorations suivantes sur la sécurité des usagers (liste non exhaustive) : · Amélioration de l'environnement physique des secteurs des clientèles d'obstétrique et de pédiatrie pour réduire le risque d'enlèvement des bébés et des enfants (CHUL, HSFA); · Complétion de travaux majeurs de réparations et d'imperméabilisation au-dessus de la salle de chirurgie cardiaque pédiatrique pour s'assurer de sa disponibilité en temps opportun (CHUL); · Consolidation d'un plan de relève pour les équipes de soins lors d'une rupture de services informatiques avec I-Plan de Cristal-Net, évitant ainsi un bris dans la continuité des soins et des informations cliniques; · Révision du plan de contingence clinique en cas de panne de télémétrie pour s'assurer d'une surveillance cardiaque optimale en tout temps (HSFA); · Cessation de l'utilisation d'un dispositif unique de fixation du tube nasogastrique afin d'éviter le déplacement du tube de nutrition entérale (L'HDQ); · Remplacement du système de tubulure utilisé lors d'une dérivation ventriculaire externe pour contrer le risque de non-raccordement au sac de drainage (HEJ);

Composition du comité :

Mme Élisabeth Bourassa, représentante du conseil d'administration - présidente;
M. Marc-André Gélinas, adjoint au directeur, Direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation;
Mme Michèle Ricard, adjointe au directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques - gestionnaire de risques et secrétaire;
Mme Fanny Beaulieu, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections;
M. Francis Bélanger, adjoint au directeur - Équipements médicaux, Direction des services techniques;
Mme Pierrette Bissonnette, personne désignée par le comité des usagers;
M. Patrick Boudreault, chef adjoint au département de pharmacie;
M. Mario Chrétien, adjoint au directeur - Physique médicale et radioprotection, Direction médicale des services hospitaliers;
M. Charles Demers-Tremblay, analyste en informatique - Responsable de la sécurité des actifs informationnels et technologies de l'information;
Mme Stéphanie Drouin, chargée clinique à la sécurité transfusionnelle;
M. Sylvain Dussault, chef de service - Approvisionnements;
Mme Josée Grégoire, adjointe au directeur - au développement et à l'excellence, Direction médicale des services hospitaliers;
Mme Lucie Grenier, directrice générale adjointe aux affaires cliniques, accès et pratiques innovantes;
M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques;
Mme Martine Lachance, directrice clientèle médecine;
M. Denis Lavoie, adjoint au directeur - Sécurité civile, physique, stationnement et développement durable, Direction des services techniques;
Mme Esther Léonard, chef du service des bénévoles;
Mme Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers p.i.;
Mme Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires;
Dre Hélène Senay, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
Dr Carl Taillon, directeur adjoint des services professionnels;
Dr Matthew-John Weiss, représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
Mme Jocelyne Levesque, représentante du conseil multidisciplinaire;
Mme Brigitte Robichaud, représentante du conseil des infirmières et infirmiers.

Le comité des usagers

Pour l'année 2015-2016, le comité des usagers s'est donné les priorités suivantes :

1. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action;
2. Évaluer la satisfaction de la clientèle;
3. Soutenir les usagers;
4. Accroître sa visibilité auprès de la clientèle et de l'établissement.

Le bilan des activités du comité des usagers a été d'abord et avant tout guidé par le mandat défini dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par le plan d'action qu'il s'est donné.

1. Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations

Le comité des usagers a été actif dans ce volet de son mandat par :

- la distribution à tous les usagers du *Guide de l'utilisateur*;
- la distribution de dépliants sur les droits des usagers sur l'ensemble des unités de soins et des services diagnostiques et ambulatoires;
- la validation d'un contenu pour les usagers sur le site web du CHU ;
- la formation des membres pour mieux assurer leurs rôles : *Mieux s'informer pour mieux agir*;
- la présentation des conférences grand public, le choix de leurs thèmes, et l'utilisation de cette activité pour renseigner les participants. Ces conférences sont de plus en plus populaires (près de 1 500 personnes pour l'année écoulée);
- la participation aux événements de l'établissement (Mois Promotion Qualité, campagne de vaccination antigrippale, *Semaine nationale du don d'organes et de tissus*, etc.);
- sa visibilité dans le journal interne *Le Chuchoteur* et dans d'autres activités de l'établissement.

2a. Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

Le comité a participé aux activités de prévention et de promotion de la qualité suivantes :

- Promotion et soutien aux activités de prévention des infections (participation à la distribution des dispositifs pour l'hygiène des mains sur tous les sites);
- participation au Mois Promotion Qualité (évaluation de la satisfaction de la clientèle);
- soutien à la campagne de vaccination antigrippale;
- soutien à la campagne Héma-Québec;
- soutien à la *Semaine nationale du don d'organes et de tissus*;
- soutien à la mise en place du code d'éthique;
- soutien pour le développement d'un guide de repérage pour faciliter l'orientation de la clientèle.

Le comité des usagers a reçu et a pu se prononcer sur :

- la présentation de la restructuration des activités chirurgicales;
- la présentation du fonctionnement des services d'admission (formulaire de choix de chambres);
- le rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- la présentation d'une démarche pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle par le Bureau d'expertise en expérience patient (BEEP);
- la continuité informationnelle du CHU en participant activement au symposium qui lui était consacré.

Il a contribué à évaluer et à soutenir des projets pouvant apporter une amélioration aux soins et aux services :

- guide pour les personnes victimes de traumatismes craniocérébraux;
- guide d'accueil pour l'unité néonatale;
- guide pour la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT);
- guide pour la chirurgie cardiaque;

- guide de soutien et de suivi pour la clientèle atteinte de maladie rhumatismale;
- guide pour la consultation en oncogénétique;
- passeport pour l'épilepsie;
- dépliant pour l'après-traitement en oncologie;
- dépliant pour patient souffrant de psoriasis en traitement de photothérapie;
- dépliant sur les cathéters veineux centraux;
- dépliant sur la communication en phase d'éveil en orthophonie;
- carnets d'information pour la clientèle en soins palliatifs;
- carnet de chirurgie pour mastectomie préventive;
- affiche sur l'antibioprophylaxie préopératoire;
- achat de pochettes pour la protection des biens personnels des usagers.

2b. Évaluer le degré de satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus

Le comité des usagers a procédé à une évaluation de la satisfaction de la clientèle auprès de 148 usagers dans les cinq sites du CHU en novembre 2015 lors du Mois Promotion Qualité. Cette évaluation a été effectuée par les membres du comité au chevet du patient. Parmi les sujets abordés, il est intéressant de constater que :

- 90 % des répondants ont estimé avoir été traités avec courtoisie et respect;
- 83 % des répondants ont affirmé que le personnel avait pris le temps de les écouter;
- 71 % des répondants ont reçu une information claire et pertinente quant aux effets secondaires de leur médication;
- 91 % des répondants ont constaté que le personnel avait souvent vérifié leur identité et s'était assuré qu'ils recevaient la bonne médication;
- 69 % des répondants ont affirmé avoir été impliqués dans leurs soins;
- 56 % des répondants ont dit que leurs proches ont été impliqués dans les décisions les concernant;
- 31 % des répondants ont évalué l'hygiène et la salubrité des lieux comme excellentes, 28 % très bonnes, 41 bonnes;
- 86 % ont estimé qu'il était important que le personnel soit protégé par le vaccin antigrippal;
- Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond au pire et 10 au meilleur, 137 des 144 répondants ont attribué une note égale ou supérieure à 7 aux hôpitaux du CHU (18 ont donné un 7, 38 un 8, 50 un 9 et 31 un 10).

Les résultats de cette évaluation incitent le comité à poursuivre son soutien aux activités d'information, d'éducation et d'enseignement pour la clientèle et leurs proches. En ce sens, il faut continuer à renseigner les usagers sur leurs droits et leur implication lors d'un épisode de soins tout en s'assurant qu'ils ont bien assimilé l'information transmise et les enseignements donnés.

3. Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers

Toujours dans le but de mieux représenter les usagers et de défendre leurs droits et intérêts, le comité a été impliqué dans les actions suivantes :

- les rencontres avec la présidente-directrice générale du CHU ;
- les rencontres avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (rapport annuel et consultations sur le code d'éthique);
- la mise en place de moyens pour assurer la prise d'appels et courriels en provenance des usagers;
- la mise en place d'affiches et de tableaux, la distribution du guide de l'utilisateur, la mise en ligne sur le site web d'informations sur les frais reliés aux choix de chambre;
- la participation aux rencontres « bilan » et à certaines activités Kaizen du nouveau complexe hospitalier (NCH);
- la participation à plusieurs activités et aux comités du CHU : Mois Promotion Qualité, conférences, symposium sur la continuité informationnelle, journées thématiques et/ou comités de l'établissement;
- des rencontres sur le contenu pour le site web favorisant l'information des usagers.

4. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte

L'accompagnement et l'assistance aux usagers se sont traduits notamment par :

- l'engagement d'une personne-ressource pour informer, accompagner ou assister les usagers dans leurs demandes de soutien;
- la mise en place de moyens et de ressources pour s'assurer de la justesse de la réponse donnée;
- la collaboration avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et ses adjointes pour accompagner et soutenir les usagers (rencontres, consultations, rapport annuel);
- la collaboration étroite entre la personne-ressource et les membres du comité pour faciliter l'aide aux usagers lors de situations problématiques (téléphones, échanges et rapports mensuels);
- la collaboration étroite avec le personnel de l'établissement (PDG, directions de service, chefs d'unité, responsables de secteurs et le personnel administratif) pour répondre aux demandes d'aide des usagers.

Tenue des rencontres

Le comité des usagers a tenu 11 rencontres, dont son assemblée générale annuelle, une journée de formation pour ses membres et une journée de travail consacrée à son plan d'action.

De nombreuses heures de bénévolat ont dû être consacrées par tous les membres du comité des usagers pour la réalisation de toutes les activités qui ont été amorcées avec la mise en œuvre du plan d'action.

Le comité des usagers assure aussi une représentation au sein des comités suivants :

- le comité de gestion des risques;
- le comité du site web;
- le comité directeur du programme accident vasculaire cérébral;
- le comité sur l'approche adaptée à la personne âgée;
- le comité sur la prévention des chutes;
- le comité sur l'amélioration continue de la qualité (EACQ) dans les services ambulatoires;
- le comité de vigilance et de la qualité;
- le comité des services aux clientèles;
- le comité de sélection de la bourse TD;
- le conseil d'administration de l'établissement;
- le conseil d'administration du regroupement provincial des comités des usagers ainsi qu'à son comité exécutif;
- le comité consultatif de l'INESSS sur les niveaux de soins;
- le comité pour le choix des conférences grand public;
- la collaboration au comité de lecture de la revue *Vivre en Santé*.

Assistance et accompagnement effectués par le comité :

Au cours de la dernière année, les membres et la personne-ressource du comité ont répondu à 320 demandes d'appels téléphoniques ou courriels répertoriés dont :

- 77 demandes d'information;
- 94 demandes de soutien et d'aide;
- 36 délais d'accès;
- 38 plaintes;
- 8 demandes des médias;
- 33 offres de services;
- 19 remerciements et félicitations;
- 15 autres demandes.

Toutes les personnes qui désiraient formuler une plainte ont été dirigées vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou à ses adjointes selon les établissements visés. Toutes les autres demandes ont fait l'objet d'accompagnement ou de soutien par la personne-ressource ou les membres du comité des usagers. La

collaboration du personnel du CHU nous est essentielle pour accomplir correctement notre rôle à l'endroit des usagers qui nous ont interpellés.

Il est important de signaler que les usagers qui désirent formuler une plainte et qui s'adressent aux comités des usagers nous font part de leur crainte de représailles parce qu'ils manifestent leurs insatisfactions face à un service ou un soin reçu. Nous devons prendre acte de cette perception et faire toute la lumière sur le fait que le geste qu'ils viennent de poser soit un soutien pour l'amélioration continue des soins et services.

Liste des membres du comité des usagers

- | | |
|--|---|
| ▪ Mme Marcelle Albert | ▪ Mme Huguette Michaud, vice-présidente |
| ▪ Mme Pierrette Bissonnette
(décédée en octobre 2015) | ▪ M. Guy Monette |
| ▪ Mme Nicole Brousseau | ▪ Mme Marielle Philibert, présidente |
| ▪ M. Robert Côté | ▪ Mme Ginette Rhéaume |
| ▪ Mme Normande Couture, secrétaire | ▪ Mme Julie Roberge |
| ▪ M. Serge Genest (démission en février 2016) | ▪ Mme Micheline Samson, trésorière |
| ▪ M. Jacques Martinette | |

Personne-ressource du comité des usagers

- Mme Christiane Roy

Le rapport annuel complet du comité des usagers est disponible sur le site Internet de l'établissement au www.chudequebec.ca.

Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2016)

Composition selon LRSSS	Personne nommée ou désignée
Un médecin omnipraticien désigné parmi les membres du département régional de médecine générale (DRMG)	Docteur Alain Naud
Un médecin spécialiste désigné par et parmi les membres du CMDP	Docteur François Lauzier
Un pharmacien d'établissement désigné par et parmi les membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Madame Élisabeth Bourassa
Une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers (CII) de l'établissement	Madame Odette Marcoux
Une personne désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire (CM) de l'établissement	Madame Katia Boivin
Une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers	Madame Marielle Philibert
Deux personnes nommées par le ministre, à partir d'une liste de noms fournie par l'Université Laval, Dix personnes indépendantes nommées par le ministre conformément aux articles 15 et 16 de la LRSSS	Madame Marie Audette
	Docteur Julien Poitras
	Monsieur Gaston Bédard - Président
	Monsieur Jean Beaupré
	Monsieur Michel Bergeron
	Monsieur Louis-Denis Fortin
	Monsieur Marc Giroux
	Madame Diane Jean
	Madame Sophie Lefrançois
	Madame Suzanne Petit
	Monsieur Denis Royer
	Un poste vacant
Le président-directeur général de l'établissement nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre	Madame Gertrude Bourdon

Observateur

Désignation par la Fondation du CHU de Québec-Université Laval de son président pour agir comme membre observateur sans droit de vote	Monsieur Ross Gaudreault
---	--------------------------

Composition des comités du conseil d'administration

M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale et secrétaire du C. A., fait partie ex-officio de tous les comités.

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
Comité de gouvernance et d'éthique (CGE) <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants et présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office</i>	Président : M. Gaston Bédard Vice-président : M. Jean Beaupré Membres : • M. Louis-Denis Fortin (CRH) • M^{me} Diane Jean (CV) • M^{me} Suzanne Petit (CSC et CVQ) • M. Michel Bergeron (CRTI et CNCH) • M. Marc Giroux (CR) • M. Denis Royer (CREE) La présidente-directrice générale et secrétaire : M ^{me} Gertrude Bourdon (membre d'office)	M ^{me} Gertrude Bourdon, PDG et secrétaire Secrétariat : M ^{me} Marie-France Larrivée, adj. adm. du C. A.
Comité de vérification (CV) <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office.</i>	Présidente : M ^{me} Diane Jean Vice-président : M ^{me} Sophie Lefrançois Membre d'office • M. Gaston Bédard Autres membres : • M. Jean Beaupré • M. Michel Bergeron • M^{me} Suzanne Petit La présidente-directrice générale (membre d'office)	M. François Latreille, DGA finances, performance et affaires économiques Personnes ressources : • M. Yves Fortin, directeur des finances • M. Guy Gignac, directeur général adjoint à la logistique hospitalière Secrétariat : M ^{me} Line Roy, adj. adm. DGA finances, performance et affaires économiques

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
Comité des ressources humaines (CRH) <i>Au moins 4 membres dont la PDG</i>	Président : M. Louis-Denis Fortin Vice-président : M. Marc Giroux Membres : • M^{me} Odette Marcoux • M. Julien Poitras • La présidente-directrice générale	M. Michel Boudreault, directeur des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation (DRHDPT) Personnes ressources : • M^{me} Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers • M^{me} Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires • M. Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques Secrétariat : M ^{me} Annie Caron, adj. adm., DRHDPT
Comité des services aux clientèles (CSC) <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i>	Présidente : M ^{me} Suzanne Petit Vice-présidente : Poste vacant Membres : • M^{me} Katia Boivin • M^{me} Marielle Philibert • La commissaire aux plaintes • La présidente-directrice générale	M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques Personnes ressources : • D^{re} Maryse Turcotte, DGA clinique et partenariat • M^{me} Lucie Grenier, DGA clinique, accès et pratiques innovantes • D^r André Garon, directeur médical des services hospitaliers • M^{me} Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires • D^r Martin Lamarre, directeur des services professionnels Secrétariat : M ^{me} Axelle Kerckaert, adj. adm., direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
Comité de vigilance et de qualité (CVQ) <i>Trois personnes dont la PDG et la commissaire aux plaintes. Les trois autres personnes sont choisies par le C. A. parmi les membres indépendants dont la personne désignée par le comité des usagers</i>	Présidente : M ^{me} Suzanne Petit Vice-présidente : Poste vacant Membres : - M^{me} Marielle Philibert (comité des usagers) - Commissaire locale aux plaintes - La présidente-directrice générale	M ^{me} Angèle Dubé, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services Secrétariat : M ^{me} Lise Poulin, adj. adm. bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité de services
Comité des ressources technologiques et immobilières (CRTI) <i>Au moins quatre membres, dont la PDG</i>	Président : M. Michel Bergeron Vice-président : M. Jean Beaupré Membres : - M^{me} Sophie Lefrançois - D^r Alain Naud - La présidente-directrice générale	M. Guy Gignac, directeur général adjoint, logistique hospitalière Personnes ressources : - M^{me} Lucie Grenier, DGA clinique, accès et pratiques innovantes M. Jean Boulanger, directeur des technologies de l'information M. Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques Secrétariat : M ^{me} Caroline Ouellet, DGA logistique hospitalière
Comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation (CREE) <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i>	Président : M. Denis Royer Vice-président : M ^{me} Marie Audette Membres : - D^r François Lauzier - D^r Julien Poitras - La présidente-directrice générale	D ^r Jean-Claude Forest, DGA affaires médicales et universitaires Personnes ressources : - D^r Serge Rivest, directeur de la recherche - D^r Guy Bellemare, directeur de l'enseignement M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques Secrétariat : M ^{me} Lise Pelletier, adj. adm., DGA affaires médicales et universitaires

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
Comité du nouveau complexe hospitalier (CNCH) <i>Six membres dont un membre indépendant qui agit à titre de président du comité, le président du C. A. et le PDG</i>	Président : M. Michel Bergeron Membres : • M. Gaston Bédard, président du C. A. • M^{me} Gertrude Bourdon, PDG • M. Jean Beaupré • D^r François Lauzier • M^{me} Sophie Lefrançois	M. Jacques Emond, directeur du NCH et secrétaire du comité Invités : M ^{me} Lucie Grenier, DGACAPI M. Guy Gignac, DGALH D ^r Maryse Turcotte, DSP intérim M ^{me} Geneviève Dupuis, DCR Secrétariat : M ^{me} Chantal Paradis, adj. adm. NCH
Comité de révision (plaintes) (CR) <i>Présidé par un membre indépendant</i> <i>Deux autres membres recommandés par le CMDP</i>	Président : M. Marc Giroux Membres : • D^r Fabien Gagnon • D^r Robert Lauzon • D^{re} Pauline Crête (substitut) • D^r Marc Bergeron (substitut)	M ^{me} Angèle Dubé, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services Secrétariat : M ^{me} Lise Poulin, adj. adm. commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

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

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

Comité de direction (au 31 mars 2016)**M^{me} Gertrude BOURDON, présidente-directrice générale**

NOM	FONCTION
BELLEMARE, Guy	Directeur de l'enseignement
BLAIS, Sébastien	Directeur de la performance clinique et organisationnelle
BOUCHER, Sylvie	Directrice clientèle-néphrologie et oncologie
BOUDREAULT, Michel	Directeur des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation
BOULANGER, Jean	Directeur des technologies de l'information
BOURDON, Gertrude	Présidente-directrice générale
BROUSSEAU, Renée	Directrice clientèle-ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés
DUPONT, Pierre-Patrick	Directeur clientèle-urgences (intérim)
EMOND, Jacques	Directeur clinique du nouveau complexe hospitalier
GAGNON, Luc	Directeur associé du nouveau complexe hospitalier
FOREST, D ^r Jean-Claude	Directeur général adjoint, affaires médicales et universitaires
FORTIN, Yves	Directeur des finances
FOURNIER, Richard	Directeur des communications et du rayonnement
GARON, D ^r André	Directeur médical des services hospitaliers
GAUDREAU, Claire	Directrice clientèle-chirurgie et périopératoire
GIGNAC, Guy	Directeur général adjoint, logistique hospitalière
GRENIER, Lucie	Directrice générale adjointe clinique, accès et pratiques innovantes
La ROCHE, Daniel	Directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques
LACHANCE, Martine	Directrice clientèle-médecine
LATREILLE, François	Directeur général adjoint, finances, performance et affaires économiques
MARTEL, Brigitte	Directrice des soins infirmiers (intérim)
MARTEL, Suzanne	Directrice clientèle-mère-enfant et santé de la femme
MARTINEAU, Jasmine	Directrice des services multidisciplinaires
PRÉVOST, Gaétan	Directeur clientèle-soins intensifs, traumatologie, neurosciences
RIVEST, D ^r Serge	Directeur du Centre de recherche
TREMBLAY, Pierre-André	Directeur des services techniques
TURCOTTE, Maryse	Directrice des services professionnels (intérim)

Annexe 1

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

- *Code* : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- *Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

- *Conseil* : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- *Conflit d'intérêts* : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- *Conjoint* : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).
- *Entreprise* : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.
- *Famille immédiate* : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.
- *Faute grave* : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.
- *Intérêt* : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
- *LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- *LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- *Membre* : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.
- *Personne indépendante* : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.
- *Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances⁶.
- *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

⁶ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision - Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti 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 ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

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 pros crit.

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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

Favoriser l'entraide.

S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

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

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

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

8.3 Impartialité

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

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

8.4 Transparence

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

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de

ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 9.** Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 10.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
- 11.** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 12.** Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat 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 nulle, 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 jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;

faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, le membre ne doit pas communiquer avec la

personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

Fiche de reddition de comptes 2015-2016		
Section 1	Mise en œuvre de la Loi	
<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d’avancement</i>
1.1 Procédures internes du conseil d’administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l’objet d’une révision	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l’examen des plaintes et pour l’examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4 Accès à l’information	Nommer un responsable de l’accès à l’information	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l’année	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8 Programme d’accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d’assurance de la responsabilité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
Commentaires pour chaque état d’avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.		
Les priorités 1.6 et 1.7 ont été reportées par le MSSS. Référence bulletin vol. 11 no #41. De nouvelles directives à ce sujet sont attendues pour juin 2016.		
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec		Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 2	Santé publique
-----------	----------------

Priorité	Livrable attendu	État d’avancement des résultats
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d’avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.	Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec	Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)
--	---	--

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 3	Services sociaux
-----------	------------------

Priorité	Livrable attendu	État d’avancement
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
3.7 Personnes âgées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.9 Personnes âgées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d’avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.		
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec		Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 4	Services de santé et médecine universitaire
-----------	---

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.6 Contium de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.		
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec		Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 5	Finances, Immobilisations et budget
-----------	-------------------------------------

Priorité	Livrable attendu	État d’avancement
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d’avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.	
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec	Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 6	Coordination
-----------	--------------

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.	
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec	Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 7	Planification, performance et qualité
-----------	---------------------------------------

Priorité	Livrable attendu	État d’avancement
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d’avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.	
Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec	Date : 2016-06-08 (aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	Technologies de l’information
-----------	-------------------------------

Priorité	Livrable attendu	État d’avancement
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d’un DCI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Plan de soutien	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
8.4 Réhaussement de l’identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d’évolution	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	4 – État de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Plan d’action pour le regroupement des RI	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d’infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8 Sécurité de l’information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

La priorité 8.3 et 8.6 ont été retirées ou reportées par le MSSS.

Nom du responsable : Yves Fortin, DF, CHU de Québec

Date : 2016-06-08

(aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Sécurité et pertinence
----------------------	------------------------

Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
-------------------------	--

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.01-PS Pourcentage des 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)	CHUL 3,0 HEJ 6,2 HSFA 11,7 HSS 7,8 L’HDQ 9,3	CHUL 10,2 HEJ 10,2 HSFA 6,8 HSS 6,8 L’HDQ 6,8	CHUL 3,5 HEJ 5,1 HSFA 5,3 HSS 6,3 L’HDQ 6,8
1.01.19.02-PS Pourcentage des 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)	CHUL 0 HEJ 0,1 HSFA 0,1 HSS 0 L’HDQ 0,7	CHUL 0,62 HEJ 0,62 HSFA 0,62 HSS 0,62 L’HDQ 0,62	CHUL 0,0 HEJ 0,1 HSFA 0,3 HSS 0,0 L’HDQ 0,1

Commentaires	
Cibles atteintes. La cible DACD du CHUL et HSFA est redressée en fonction des catégories d'établissement : CHUL → CHU > 400 lits 10,2 HSFA → CHU <400 lits : 6,8	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Prévention des infections
----------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
-------------------------	--

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.24-PS Nombre d’activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Première ligne et urgence
----------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	4. Améliorer l’accès aux soins et aux services professionnels de première ligne
-------------------------	---

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.25-PS Nombre total de GMF		NA	
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Première ligne et urgence
----------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d’attente à l’urgence
-------------------------	---

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	CHU 17,0 CHUL 11,1 HEJ 20,6 HSFA 22,5 HSS 21,3 L’HDQ 14,3	CHU 12 CHUL 12 HEJ 12 HSFA 12 HSS 12 L’HDQ 12	CHU 15,9 CHUL 11,4 HEJ 18,2 HSFA 20,2 HSS 19,5 L’HDQ 14,5
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	CHU71,7 CHUL72,5 HEJ 73,2 HSFA 68,1 HSS 71,3 L’HDQ 71,7	CHU 71,7 CHUL72,5 HEJ 73,2 HSFA 68,1 HSS 71,3 L’HDQ 71,7	CHU 71,1 CHUL 70,0 HEJ 73,5 HSFA 66,3 HSS 72,1 L’HDQ 75,5
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	CHU 59,0 CHUL 55,9 HEJ 61,8 HSFA 50,1 HSS 68,4 L’HDQ 63,3	CHU 59,0 CHUL 55,9 HEJ 61,8 HSFA 50,1 HSS 68,4 L’HDQ 63,3	CHU 58,3 CHUL 53,5 HEJ 60,7 HSFA 49,9 HSS 68,8 L’HDQ 67,7
Commentaires			
Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l’engagement visé			
Globalement, la durée moyenne de séjour sur civière dans les urgences du CHU de Québec – Université Laval s’est améliorée pour une deuxième année consécutive passant de 17 h à 15.9 h. L’amélioration est plus importante, si on isole la santé physique de la santé mentale, passant de 16.1 h à 14.7 h au physique. Un des éléments ayant aidé à cette amélioration est dû au fait que nous n’avons pas eu de crise d’influenza cette année comparativement à l’an dernier. Les volumes d’activités ont augmenté cette année de 3 % en ambulatoire et de 2.1 % sur civière. On note aussi une forte augmentation des admissions en santé mentale, ainsi que pour la clientèle 0-17 ans dans les urgences. Cette augmentation d’achalandage a un impact sur les ressources disponibles au sein du centre hospitalier, ainsi que pour celles du réseau de la santé à Québec (CIUSSS-CN) qui était en construction. Cette année aura été marquée par la cession des activités en santé mentale et les activités de gériatrie du CHU de Québec – Université Laval pour le CIUSSS-CN. Les impacts ont été ressentis dans 4 des 5 urgences. Des actions sont à poursuivre sur la gestion de l’épisode de soins à l’urgence. Le travail de la première ligne a été perturbé avec l’arrivée du CIUSSS-CN, donc plus de difficulté de prise en charge de cette première ligne. Hôpital de l’Enfant-Jésus : - Amélioration de la durée moyenne de séjour cette année avec un accès plus rapide des lits aux étages, dès l’admission du patient à l’urgence. Encore des délais allongés lors de période de fort achalandage. - Augmentation de la durée moyenne de séjour en santé mentale de 26.8 % à 27.4 % et également des 48 h et plus de 17 % à 20 %. - Priorisation des missions tertiaires. Hôpital du Saint-Sacrement : - Augmentation. - DASP peu présent au sein de l’hôpital pour faire des suivis. - Délais pour hospitalisation en médecine familiale qui peuvent souvent être très longs. - Augmentation globale de 6 % des visites.			

- Augmentation des admissions via urgence de 2 % et achalandage augmenté de la clientèle 0-17 ans de 13 % en comparatif avec l’an passé. Ce dernier indicateur peut être plus complexe à gérer dans cet environnement. Hôpital Saint-François-d’Assise : - DASP peu présent au sein de l’hôpital pour effectuer les suivis nécessaires à la fluidité de la clientèle dans le centre. - Augmentation globale de 4 %. - Augmentation des admissions via l’urgence de 4 %. L’Hôtel-Dieu de Québec : - Consolidation des mesures mises en place depuis 3 ans sur la gestion des épisodes de soins à l’urgence. - Difficulté augmentée de la disponibilité de lits pour les patients admis à l’urgence. - Augmentation de la clientèle de santé mentale à l’urgence, ce qui peut nécessiter des transferts et des délais. CHUL : - Augmentation de la durée moyenne entre l’admission à l’urgence et la disponibilité d’un lit à l’étage. - DASP peu présent au sein de l’hôpital pour effectuer les suivis nécessaires à la fluidité de la clientèle dans le centre. - Augmentation globale de 2 % des visites. - Augmentation des visites et de la durée moyenne de séjour en santé mentale. - Augmentation de la clientèle 0-17 ans de 5.2 % et des admissions via l’urgence de 0.8 %. Au sein des urgences du CHU de Québec – Université Laval, une des causes susceptibles d’expliquer la non-atteinte des résultats est la qualité de la donnée. Une collecte de données imparfaite peut donner des résultats imprécis et non conformes. Un retard dans la saisie est aussi un élément présent au sein des urgences. Également, la modification de l’offre de services de la santé mentale des urgences avec le CIUSSS - CN peut expliquer en partie une difficulté de gestion de la donnée. Mesures prises pour corriger la situation dans les 5 urgences - Consolidation des critères d’orientation pour les patients. - Déterminer des indicateurs pour séparer la clientèle de santé mentale avec la clientèle de santé physique pour mieux se comparer et mieux intervenir. - Revoir les ententes de gestion pour la santé mentale du CIUSSS-CN et les urgences du CHU de Québec – Université Laval. - Application des plans de débordement hospitaliers dans les 5 hôpitaux. - Audits sur le COP dans les 5 urgences. - Intensification des travaux pour optimiser l’épisode de soins chez les patients. - Partage en cogestion des indicateurs de gestion et d’imputabilité au sein de la DC-U et de la DMU. - Travaux en cours sur une meilleure gestion de la donnée au sein des urgences par le personnel et les médecins. - Projet de réorientation avec la première ligne à développer au cours de la prochaine année. - Intensification de différentes mesures pour faire respecter la mission de l’urgence. - Revoir le mode de fonctionnement à l’urgence civière de HEJ. - Ajout profil global pour le CHU de Québec – UL (optionnel) – 711 personnes en 2014-2015 qui ont bénéficié d’un suivi Alliance pendant au moins 18 mois comparativement à 496 en 2013-2014. Des efforts sont faits pour augmenter le questionnement sur la pertinence des examens et soins prodigués à la clientèle au sein des urgences. Nous devons maintenir ces efforts de collaboration et de sensibilisation dans le temps.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval Analyse fournie par Pierre Patrick Dupont, directeur, direction clinique - urgence	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Services spécialisés
----------------------	----------------------

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
-------------------------	---

Indicateurs ()	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -ensemble des chirurgies	647	0	413
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	29	0	14
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	89	0	30
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	9
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	487	0	303
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	84	0	57
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	0	0

Commentaires
Globalement, il y ait eu une augmentation des heures-présence (+1.1%) ainsi que du nombre d'interventions chirurgicales (+1.6%) pour tout le CHU de Québec en 2015-16 par rapport à 2014-15. Des 403 patients hors délais, environ la moitié sont réellement en attente, car ce nombre inclut: 15% patient déjà programmés, donc avec une date de chirurgie 15% patients en 2e offre 20% patients non disponibles Démarches entreprises au cours de l'année 2015-16: 1. Révision du plan clinique en chirurgie dont le but consistait à assurer une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les ressources utilisées, et ce, afin de permettre l'atteinte des normes ministérielles en matière d'accès. Les travaux ont été guidés par les principes directeurs et les composantes du nouveau modèle d'accès à la chirurgie issus du comité stratégique du secteur chirurgical de même que par une organisation des services et répondant aux missions d'un CHU (soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies). Le nouveau plan clinique avec le transfert d'activités chirurgicales d'un site à l'autre est effectif depuis le 5 janvier 2016. 2. Application rigoureuse de la politique concernant la gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du Chu de Québec (en lien avec les normes ministérielles). 3. Implantation de cliniques de préparation et planification chirurgicale dans les sites où il n'y en avait pas: CHUL et HDQ (démarrage en juin 2016). 4. Harmonisation des processus de suivi des listes d'attente dans les 5 sites du CHU de Québec et suivi rigoureux e l'application des processus auprès de nos agentes administratives et autres professionnels impliqués. Ceci a amené une connaissance très "fine" des spécialités où l'attente est importante et des actions ciblées ont été mises en place avec les professionnels impliqués. 5. Plan d'action spécifique pour la chirurgie orthopédique dont les principaux axes sont : planifier les programmes opératoires à 100% pour HEJ et HSFA (ces 2 sites sont les principaux pôles pour la chirurgie orthopédique dans le CHU de Québec) ; organisation d'une 2è offre à l'intérieur et extérieur du CHU de Québec.

6. Suivis réguliers auprès des représentants désignés pour chacune des spécialités chirurgicales pour comprendre les causes d'écart et voir des solutions.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval Analayse fournie par Claire Gaudreau, directrice clientèle – chirurgie et périopératoire, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-09

- * Résultats en date du : période 13
- ** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Services spécialisés
----------------------	----------------------

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
-------------------------	---

Indicateurs (imagerie médicale)	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	67	90	100
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	88	90	73
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	99	90	94
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	96	90	96
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	94	90	79
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	96	90	93
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	86	90	76
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	85	90	76
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	51	90	50

Commentaires
1.09.34.02 SCOPIE Qualité de la donnée - Corruption de la donnée lors de certaines manipulations dans le logiciel - Gestion des mécanismes d’accès : patients non présentés aux RV pour plusieurs motifs et listes d’attentes non épurées. Modalité de l’offre de services - Disponibilité médicale pour certaines spécialités insuffisante; - Accès aux professionnels non coordonné avec la disponibilité du plateau technique. Moyens mis en place - Déploiement nouveau logiciel eRV; - Harmonisation et déploiement des processus de gestion des mécanismes d’accès; - Coordination des services avec les professionnels de la DSM; - Transfert de clientèle vers les laboratoires d’imagerie médicale (LIM). 1.09.34.05 ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE Qualité de la donnée - Attente induite par l’organisation de l’horaire du médecin spécialiste : attente non reliée à l’accès au plateau technique. Modalité de la demande - Augmentation de la demande globale : statistiques de production stables depuis les 3 dernières années. Moyens mis en place - Un portrait détaillé des services d’échographie cardiaque de chaque site du CHU permettant de :

mesurer la performance; harmoniser les processus; optimiser les plateaux techniques.

1.09.34.07 ÉCHOGRAPHIE AUTRES

Qualité de la donnée

- Attente induite par l'accès au médecin spécialiste des cliniques externes : attente non reliée à l'accès au plateau technique.

Modalité de l'offre de service

- Technologues autonomes : diminution temporaire des heures travaillées en raison de l'absence de technologues; départ à la retraite et congé de maternité non remplacés par manque de ressource qualifiée et mobilisée; difficulté d'attraction des technologues autonomes en raison de la faible rémunération. Prime salariale de 2% non attractive (ne compense pas le niveau de responsabilités);
- Offre de service insuffisante en musculo-squelettique (spécialité médicale).

Modalité de la demande

- Augmentation de la demande globale en échographie : augmentation des statistiques de production de 5,8% en 2015-2016.

Moyens mis en place

- Harmonisation et déploiement des processus de gestion des mécanismes d'accès;
- Recrutement de nouveaux technologues autonomes;
- Travaux de pertinence en échographie réalisés et en cours.

1.09.34.08 TOMODENSITOMÉTRIES (TDM)

Qualité de la donnée

- Examens de contrôles saisis inégalement : augmentent faussement les délais.
- Gestion des mécanismes d'accès non harmonisée.

Modalité de l'offre de service

- Offre de service insuffisante pour angiographie et bloc foraminaux.

Modalité de la demande

- Augmentation de la demande globale de TDM : augmentation des statistiques de production de 6,8% en 2015-2016.

Moyens mis en place

- Harmonisation de la saisie des examens de contrôle;
- Harmonisation et déploiement des processus de gestion des mécanismes d'accès;
- Optimisation des équipements.

1.09.34.09 RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Modalité de la demande

- Augmentation régulière depuis plusieurs années à la suite de l'élargissement des techniques d'imagerie de pointe et du vieillissement de la population; augmentation des statistiques de production de 5,9 % en 2015-2016.

Moyens mis en place

- Engagement à optimiser les équipements d'IRM des cinq hôpitaux du CHU de Québec et réalisation de 5 000 examens supplémentaires d'ici le 31 mars 2017;
- Harmonisation et déploiement des processus de gestion des mécanismes d'accès;
- Travaux de pertinence afin de d'améliorer l'accès aux plateaux d'IRM. Les modifications des indications pour l'IRM des genoux sont réalisées;
- Mesure des demandes entrantes en externe afin d'améliorer l'analyse des résultats.

Note générale

Le déploiement du nouveau logiciel eRV en imagerie médicale oblige l'harmonisation des processus administratifs et cliniques. Il permettra d'évoluer vers une gestion des rendez-vous « multisite » et favorisera l'atteinte des cibles.

Établissement : CHU de Québec – Université Laval

Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval
Analyse fournie par Francine Tremblay, adjointe au directeur, Direction médicale des services hospitaliers, CHU de Québec Université Laval

Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13 ** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	56	90	61

Commentaires

Globalement, il y a eu une augmentation des heures-présence (+1.1%) ainsi que du nombre d'interventions chirurgicales (+1.6%) pour tout le CHU de Québec en 2015-16 par rapport à 2014-15.

Les processus non harmonisés du suivi des listes d'attente "oncologique" dans chacun des sites, les requêtes opératoires déposées en retard et/ou non "cochées" avec la mention cancer ou suspicion de cancer, la disponibilité des priorités opératoires, une planification chirurgicale pas toujours optimale, la méconnaissance de certains éléments pour la gestion de l'accès en chirurgie oncologique (exemple: non-disponibilité pour raison médicale, les procédures diagnostiques, les interventions chirurgicales conséquentes à une pathologie oncologique, mais ne visant pas à réséquer une tumeur, etc.) sont quelques-uns des facteurs qui ont contribué à la non atteinte de la cible.

Démarches entreprises au cours de l'année 2015-16:

1. Révision du plan clinique en chirurgie dont le but consistait à assurer une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les ressources utilisées, et ce, afin de permettre l'atteinte des normes ministérielles en matière d'accès. Les travaux ont été guidés par les principes directeurs et les composantes du nouveau modèle d'accès à la chirurgie issus du comité stratégique du secteur chirurgical de même que par une organisation des services et répondant aux missions d'un CHU (soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies). Le nouveau plan clinique avec le transfert d'activités chirurgicales d'un site à l'autre est effectif depuis le 5 janvier 2016.
2. Application rigoureuse de la politique concernant la gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du CHU de Québec (en lien avec les normes ministérielles).
3. Implantation de cliniques de préparation et planification chirurgicale dans les sites où il n'y en avait pas: CHUL et HDQ (démarrage en juin 2016)
4. Harmonisation des processus de suivi des listes d'attente oncologique dans les 5 sites du CHU de Québec et suivi rigoureux de l'application des processus auprès de nos agents administratifs et autres professionnels impliqués.
5. Plan d'action spécifique pour la chirurgie oncologique transmis au MSSS: gestion des non disponibilité pour raison médicale ; procédures diagnostiques ; procédures pour la saisie du site tumoral ; validation mensuelle des hors délais
6. Suivis réguliers auprès des représentants désignés pour chacune des spécialités chirurgicales.

Établissement : CHU de Québec – Université Laval

Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval
Analyse fournie par Claire Gaudreau, directrice clientèle – chirurgie et périopératoire, CHU de Québec Université Laval

Date : 2016-06-09

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes services SAPA, DP et DI-TSA)		NA	
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes services SAPA, DP et DI-TSA)		NA	

Commentaires
Établissement : CHU de Québec – Université Laval
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval Date : 2016-06-08

*

Résultats en date du :

**

Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

Objectif de résultats :	11. Consolider l’adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
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	40%	20%	40%
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale		NA	

Commentaires

Cible atteinte.

Deux des cinq installations (2/5 ou 40%) du CHU de Québec ont implanté à 95% les composantes 1, 2 et 6 de l’approche adaptée à la personne âgée. Les trois autres installations sont en bonne voie de compléter l’implantation.

Établissement : CHU de Québec – Université Laval

Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08
---	--------------------------

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Personnes vulnérables
----------------------	-----------------------

Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
-------------------------	--

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile		NA	
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	34	34	36

Commentaires	
Cible atteinte.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13
** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d’intervention :	Personnes vulnérables
----------------------	-----------------------

Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves
-------------------------	---

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère		NA	
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel
-----------------------------	---------------------------

Objectifs de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
---------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,83	5,64	5,76
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,22	2,65	1,99
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,53	1,50	1,35

Commentaires

La source de la collecte des données a changé en 2015-2016. Antérieurement, la source de données était le rapport CIFINO tableau 1 complété par les établissements du réseau; alors que le fichier R26 fichier détail de paie (données brutes non standardisées comportant des spécificités à chaque établissement du réseau) est maintenant utilisé par le MSSS pour le calcul de ces ratios. Ce nouveau mode de calcul occasionne un léger écart entre le résultat calculé à l'interne et celui calculé par le MSSS. Le ratio (cible et résultat) présenté dans le présent tableau est le résultat selon le mode de comptabilisation répondant au Manuel de gestion financière du MSSS, donc aux rapports CIFINO tableau 1 et rapport financier annuel AS-471.

Ratio ass-sal : 5,76 CHU de Québec ; 5,56 MSSS

Taux hres supplém : 1,99 CHU de Québec ; 2,3 MSSS

Taux MOI : 1,35 CHU de Québec ; 1,33 MSSS.

Établissement : CHU de Québec – Université Laval

**Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance,
Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec
Université Laval**

Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Santé publique
-----------------------	----------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)		NA	

<i>Commentaires</i>	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales
-----------------------	---

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	CHUL Adulte 0,0 CHUL Pédiat. 2,5 CHULNéonat 0,8 HEJ SI adul 1,9 HEJ gr brulés 0,0 HSFA 0,8 L’HDQ 0,4	CHUL Adulte 1,78 CHUL Pédiatr.4,49 CHUL Néonat 6,71 HEJ SI adul 1,78 HEJ gr brulés 1,78 HSFA 1,78 L’HDQ 1,78	CHUL Adulte 0,0 CHUL Pédiat. 2,3 CHUL Néonat 1,3 HEJ SI adul 1,5 HEJ gr brulés 6,8 HSFA 0,0 L’HDQ 0,3
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100

Commentaires
Cibles atteintes, à l’exception de l’unité des grands brûlés à l’HEJ. État de situation : bactériémies à l’unité des Grands brûlés de l’HEJ Malheureusement, on note un taux de 6,8 bactériémies associées aux cathéters centraux (BACC) par 1000 jours-cathéters pour l’unité des grands brûlés de l’Hôpital de l’Enfant-Jésus pour l’année financière 2015-2016. Ce résultat se trouve au-dessus de la cible du MSSS de 1,78 par 1000 jours-cathéters. Au courant de l’année financière 2015-2016, nous avons recensé 4 BACC à l’unité des grands brûlés (UGB) de l’HEJ. Il s’agit du plus haut taux depuis les 3 dernières années. Le taux d’utilisation des cathéters centraux de même que le nombre de jours-cathéters n’ont pas connu de variations importantes au cours des deux dernières années. Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l’engagement visé L’analyse de la situation nous indique que l’adhésion aux bonnes pratiques tant au niveau de l’insertion du cathéter que des soins d’entretien n’est pas de cent pour cent. Ce constat concerne autant le personnel médical qu’infirmier. Mesures prises pour corriger la situation Dans un souci d’atteindre la cible de 0 bactériémie pour les unités des soins intensifs de l’Hôpital de l’Enfant-Jésus (USI-adultes et UGB), un groupe de travail a été constitué. Les travaux ont débuté en juin 2015 et visent : • L’utilisation optimale de la liste de vérification lors de l’insertion • La formation sur l’insertion CC intégrant le rôle de l’assistant ET de l’observateur • Rappel de changer les CC dès que possible lorsque installés en urgence • L’uniformisation du matériel entre HDQ et HEJ • Utiliser une méthode de soins adéquate pour la réfection du pansement • Utiliser une méthode de soins adéquate pour l’accès aux voies • Utiliser une méthode de soins adéquate pour le changement de la ligne intraveineuse • De communiquer en temps réel chaque nouveau cas de BACC au personnel médical et infirmier Aucune bactériémie associée aux cathéters centraux n’est survenue à l’UGB depuis la période 8 de l’année financière 2015-2016, ainsi que les périodes 1-2 de l’année financière 2016-2017.
Établissement : CHU de Québec – Université Laval

Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval Analyse fournie par Valérie Dancause, adjointe à la direction des soins infirmiers, prévention et contrôle des infections	Date : 2016-06-08
---	--------------------------

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Services généraux
-----------------------	-------------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13
** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Dépendance
-----------------------	------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13
** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Cardiologie tertiaire
-----------------------	-----------------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	97,7	100	95,4
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	96,3	90	96,6
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A		NA	
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B		NA	
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A		NA	
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B		NA	

Commentaires	
1.09.08 A HÉMODYNAMIE	
Modalité de la demande	
- Augmentation du nombre d'usagers à desservir, au total 84 demandes de plus des interventions de catégorie A, ce qui contribue à allonger l'attente; - Augmentation des demandes d'interventions chez les patients hospitalisés; - Augmentation de l'intensité des interventions; 471 examens et interventions (9,5 %) de plus en 2015-16. Noter que la mesure comparative en heures travaillées est équivalente.	
Moyens mis en place	
- Surveillance en continu des délais d’attente pour la catégorie A et documentation des cas.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08
Analyse fournie par Francine Tremblay, adjointe au directeur, Direction médicale des services hospitaliers, CHU de Québec Université Laval	

* Résultats en date du : période 13

** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Chirurgie oncologique
-----------------------	-----------------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	87	100	89

Commentaires	
Globalement, il y ait eu une augmentation des heures-présence (+1.1%) ainsi que du nombre d'interventions chirurgicales (+1.6%) pour tout le CHU de Québec en 2015-16 par rapport à 2014-15. Les processus non harmonisés du suivi des listes d'attente "oncologique" dans chacun des sites, les requêtes opératoires déposées en retard et/ou non "cochées" avec la mention cancer ou suspicion de cancer, la disponibilité des priorités opératoires, une planification chirurgicale pas toujours optimale, la méconnaissance de certains éléments pour la gestion de l'accès en chirurgie oncologique (exemple: non-disponibilité pour raison médicale, les procédures diagnostiques, les interventions chirurgicales conséquentes à une pathologie oncologique, mais ne visant pas à réséquer une tumeur, etc.) sont quelques-uns des facteurs qui ont contribué à la non atteinte de la cible. Démarches entreprises au cours de l'année 2015-16: 1. Révision du plan clinique en chirurgie dont le but consistait à assurer une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les ressources utilisées, et ce, afin de permettre l'atteinte des normes ministérielles en matière d'accès. Les travaux ont été guidés par les principes directeurs et les composantes du nouveau modèle d'accès à la chirurgie issus du comité stratégique du secteur chirurgical de même que par une organisation des services et répondant aux missions d'un CHU (soins, enseignement, recherche et évaluation des technologies). Le nouveau plan clinique avec le transfert d'activités chirurgicales d'un site à l'autre est effectif depuis le 5 janvier 2016. 2. Application rigoureuse de la politique concernant la gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du Chu de Québec (en lien avec les normes ministérielles). 3. Implantation de cliniques de préparation et planification chirurgicale dans les sites où il n'y en avait pas: CHUL et HDQ (démarrage en juin 2016) 4. Harmonisation des processus de suivi des listes d'attente oncologique dans les 5 sites du CHU de Québec et suivi rigoureux de l'application des processus auprès de nos agentes administratives et autres professionnels impliqués. 5. Plan d'action spécifique pour la chirurgie oncologique transmis au MSSS: gestion des non disponibilité pour raison médicale ; procédures diagnostiques ; procédures pour la saisie du site tumoral ; validation mensuelle des hors délais 6. Suivis réguliers auprès des représentants désignés pour chacune des spécialités chirurgicales.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-09
Analyse fournie par Claire Gaudreau, directrice clientèle – chirurgie et périopératoire, CHU de Québec Université Laval	

* Résultats en date du : période 13
** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Déficiences
-----------------------	-------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	

Commentaires	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Hygiène et salubrité
-----------------------	----------------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
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	
Cible atteinte.	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du : période 13
** Résultats en date du : période 13

Fiche de reddition de comptes de l’EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d’activités :	Ressources technologiques
-----------------------	---------------------------

Indicateurs	Résultats* 2014-2015	Engagements 2015-2016	Résultats** 2015-2016
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)		NA	

<i>Commentaires</i>	
Établissement : CHU de Québec – Université Laval	
Personne ayant complété la fiche : Danie Leclerc, conseillère analyse performance, Direction de la performance clinique et organisationnelle, CHU de Québec Université Laval	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :
** Résultats en date du :

Les installations du CHU de Québec-Université Laval

SIÈGE SOCIAL :

L'Hôtel-Dieu de Québec

11, côte du Palais
Québec (Québec) G1R 2J6
418 525-4444

Hôpital de l'Enfant-Jésus

1401, 18^E Rue
Québec (Québec) G1J 1Z4
418 525-4444

CHUL

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

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Hôpital Saint-François d'Assise

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

Centre administratif

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

Rédaction, coordination et production : Direction des communications et du rayonnement

Merci!

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

Ce rapport est disponible sur le site Internet du CHU à www.chudequebec.qc.ca ou en faisant la demande à la Direction des communications et du rayonnement au **418 525-4387** ou à direction.communications@chuq.qc.ca.

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec 2016

Bibliothèque nationale du Canada 2016

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.