



Rapport annuel de gestion 2015-2016

Mise à jour septembre 2016

TABLES DES MATIÈRES

1	Message des autorités	3
2	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	4
3	Présentation de l'établissement et les faits saillants	5
4	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	27
5	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	47
6	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	62
7	Ressources humaines	63
8	Ressources financières	65
9	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	115
	ANNEXES	127
	Règlement sur la régie interne du conseil d'administration unique CHUM - CHUSJ	
	Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique	

1

MESSAGE DES AUTORITÉS

Montréal, le 17 juin 2016

Rapportsannuels@msss.gouv.qc.ca

Objet : Rapport annuel 2015-2016 du CHU Sainte-Justine

Bonjour,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion 2015-2016 du CHU Sainte-Justine.

Grâce à une équipe mobilisée ainsi qu'à une collaboration grandissante avec les partenaires du réseau, le CHU Sainte-Justine a assuré la qualité de l'accès aux services pédiatriques spécialisés et aux mères, ce, dans un souci constant de performance.

C'est donc avec beaucoup de fierté que nous vous déposons ce rapport annuel.

Veillez recevoir, l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Président-directeur général

La présidente
Conseil d'administration CHUM-CHUSJ



Fabrice Brunet



Geneviève Fortier



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Montréal, le 17 juin 2016

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 du CHU Sainte-Justine

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du CHU Sainte-Justine :

- 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 correspondent à la situation qui se présentait au 31 mars 2016.

Le Président-directeur général

Fabrice Brunet



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

NOTRE MISSION

Notre mission est d'améliorer la santé – considérée comme un équilibre physique, psychique, social et moral – des enfants, des adolescents et des mères du Québec, en collaboration avec nos partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche.

Le CHU Sainte-Justine entend assumer pleinement chacun des six mandats découlant de sa mission universitaire :

- Soins spécialisés et ultra-spécialisés
- Recherche fondamentale et clinique en santé de la mère et de l'enfant
- Enseignement auprès des futurs professionnels de la santé et des intervenants du réseau
- Promotion de la santé
- Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
- Réadaptation, adaptation et intégration sociale pour les enfants et les adolescents présentant une déficience motrice ou de langage.

NOTRE VISION

Un réseau hospitalier universitaire intégrant les meilleurs soins et services, l'enseignement et la recherche pour les mères et les enfants du Québec.

Pour réaliser notre vision, il nous faut :

- Offrir des soins et des services de prévention et de réadaptation à la fine pointe de la science et de la technologie
- Générer sans cesse de nouvelles connaissances, les transférer sans délai auprès des équipes cliniques et évaluer leurs impacts
- Développer des partenariats nationaux et internationaux pour rester toujours à la fine pointe et assurer les meilleurs pratiques
- Multiplier les efforts de recherche et d'enseignement de qualité en pédiatrie, en périnatalité, en réadaptation et en promotion de la santé, en collaboration avec l'Université de Montréal et les grands réseaux de recherche
- Offrir un environnement permettant aux enfants, aux familles et aux équipes de trouver tous les éléments propres à restaurer leur équilibre de santé.

NOS VALEURS

Pour accomplir sa mission, le CHU Sainte-Justine fait appel à de nombreuses personnes œuvrant dans de multiples domaines d'activités et provenant d'une grande diversité de disciplines, de formations et d'horizons sociaux.

Cette multiplicité d'acteurs trouve son unité d'action par l'adhésion à un ensemble de valeurs qui expriment l'idéal de l'institution et constituent la base de sa personnalité.

● L'engagement auprès des mères et des enfants

Chacun, au CHU Sainte-Justine, contribue activement à l'atteinte de la mission et des orientations de l'établissement en développant ses compétences et en mettant son talent au profit de l'organisation. L'organisation reconnaît l'esprit d'initiative et encourage le développement des compétences et le rayonnement des individus dans leur champ d'expertise.

● La quête de l'excellence

L'excellence se traduit par la volonté individuelle et organisationnelle d'accomplir son travail de manière remarquable, dans tous les domaines et de façon continue, notamment par l'innovation et la créativité au sein des équipes.

● Le respect de l'individu

L'ensemble du CHU Sainte-Justine éprouve pour l'enfant, l'adolescent, la mère, la famille et la personne en général, un respect qui se reflète dans les actions, les attitudes, les paroles et les comportements de tous les intervenants, qu'il s'agisse des employés, des médecins, des cadres, des fournisseurs, des bénévoles ou des partenaires, non seulement à l'égard de la clientèle, mais aussi entre eux.

● L'esprit de collaboration

La collaboration interne et externe est essentielle à la réalisation de la mission du CHU Sainte-Justine et doit s'exercer de manière assidue et efficace. Elle repose sur le travail en équipe dirigé vers un but commun. Chacun contribue à l'équipe et est reconnu comme membre à part entière.

LA VOCATION SUPRARÉGIONALE À L'ÉGARD DE CERTAINS SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

1. Centre de coordination en périnatalogie du Québec

- Réorienter les mères à risques d'accouchement prématuré dans un centre répondant au niveau de soins requis
- Réorienter les bébés nés prématurément et/ou avec une condition médicale nécessitant des soins spécialisés
- Entrée de données dans un système informatisé
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

2. Programme provincial d'alimentation entérale et parentérale à domicile

- Donner l'enseignement au patient et/ou sa famille en lien avec le gavage et/ou une hyperalimentation à domicile pour la clientèle du CHU Sainte-Justine
- Fournir à tous les patients de moins de 18 ans du Québec (à l'exception des patients de l'Hôpital de Montréal pour enfants), recevant un gavage (pour une période de moins de deux ans) et/ou une hyperalimentation à domicile, une pompe, des tubulures et autres fournitures
- Suivi clinique des patients du CHU Sainte-Justine
- Tenue de dossier et des états financiers
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

3. Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile

- Fournir à tous les patients de plus de 18 ans du Québec, recevant un gavage (pour une période de plus deux ans), une pompe, des tubulures et autres fournitures
- Tenue de dossiers et des états financiers
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Population totale¹

Au 1^{er} Juillet 2015, la population totale du Québec était de 8 263 600 personnes. La hausse comparativement au 1^{er} Juillet 2014 est 0,59% (5.9 pour 1000), et constitue un repli par rapport au pic de 11 pour 1000 enregistré en 2009. Ce qui confirme le ralentissement de la population québécoise.

Au Québec, on compte une proportion un peu plus grande de femmes (50,3%) que d'hommes (49,7%). Selon les groupes d'âge, les moins de 20 ans représentent 20,7% de la population, tandis que la proportion est de 61,7% pour les 20-64 ans. L'âge médian est de 41,9 ans. Les hommes au Québec sont en moyenne un peu plus jeunes que les femmes, et pour ces dernières, elles représentent 91% des 1 900 centenaires recensés en 2015.

Accroissement de la population

Entre le 1er janvier 2014 et le 1er janvier 2015, l'accroissement de la population a été de 60 500 habitants. Il est composé en grande partie de migration nette pour 32 000 personnes. L'accroissement naturel, c'est-à-dire les naissances moins les décès, constitue la deuxième cause avec 25 000 personnes. Enfin, les 4 000 résidents non permanents supplémentaires représentent le solde de l'accroissement naturel. La migration continue d'être la principale source de l'accroissement naturel depuis 2001.

Montréal affiche toujours le plus fort taux d'accroissement naturel durant la période 2011-2014 avec 12,4 pour 1000. Elle est suivie de près par Laval avec 11,9, Lanaudière 10,5 et les Laurentides 11,2. La Montérégie ferme la marche avec 8,6. Le poids démographique du Québec par rapport au reste du Canada a légèrement fléchi pour s'établir à 23% au 1er juillet 2015, comparativement à 23,1% en 2014. C'est le deuxième taux en importance parmi les provinces canadiennes derrière l'Ontario avec 38,5% en 2015, soit 13 792 052. La population totale du Canada, en date du 1er juillet 2015, était estimée à 35 851 774 habitants.

Migrations interrégionales, interprovinciales et internationales²

Depuis quelques années, la migration interrégionale tend à diminuer, passant d'un peu plus de 3% de la population québécoise dans la première moitié des années 2000, à 2,4% en 2015. C'est le groupe d'âges des 20 à 29 qui migre le plus (6%) d'une région à une autre.

Au niveau des échanges migratoires internes en 2014-2015, dix régions administratives ont fait des gains (Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Capitale-Nationale, Chaudière-

Appalaches, Mauricie, Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais), tandis que sept autres régions ont enregistré des pertes (Montréal, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec). Pour Montréal, 38 200 personnes en provenance des autres régions ont migré vers la grande ville, par contre 52 800 personnes ont quitté la métropole pour s'établir ailleurs au Québec, perte qui s'est faite au profit des quatre régions qui lui sont adjacentes (Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie). Toutefois, l'accroissement naturel positif et l'arrivée de nombreux immigrants internationaux viennent compenser le déficit migratoire interne pour Montréal.

Fécondité³

En 2015, l'indice synthétique de fécondité baisse pour une sixième année consécutive pour s'établir à 1,60 enfant par femme. Cette réduction fait suite à une période d'augmentation de l'indice de la fécondité jusqu'à 1,73 enfant par femme en 2008 et en 2009. Toutefois, ce mouvement à la baisse n'atteint pas des niveaux aussi bas que ceux observés au début des années 2000 ou encore vers le milieu des années 1980 alors que la fécondité a connu des creux à moins de 1,5 enfant par femme.

La fécondité des femmes de 30 à 34 ans surpasse celles des femmes de 25 à 29 ans. Pour le groupe des 30 à 34 ans, 108 femmes sur mille ont eu un bébé en 2015, comparativement à 103 femmes chez les 25 à 29 ans. La fécondité de ces dernières présente une tendance à la baisse, tandis que celle des 30 à 34 ans tend à se stabiliser, après avoir fortement augmenté durant la décennie 2000. Dans le groupe des 35 ans et plus, la fécondité a augmenté de façon presque continue depuis la fin des années 1980, pour atteindre en 2015 un taux de fécondité de 52 pour mille chez les femmes de 35 à 39 ans. Ce résultat surpasse celui des femmes de 20 à 24 ans qui ont un taux de 39 pour mille, alors qu'il était de près de 100 pour mille en 1975. Chez les 40 à 44 ans, 11 femmes sur mille ont eu un enfant en 2015, alors qu'il était de 2 sur mille en 1985. Quoique la fécondité pour ces dernières est relativement faible, elle dépasse dorénavant celle des 15 à 19 ans dont le taux de fécondité est de 7 pour mille en 2015, comparativement à 20 pour mille au début des années 1990.

Rappelons que pour l'âge moyen à la maternité, le seuil des 30 ans a été franchi en 2011, et devient 30,5 ans en 2015. Quant à l'âge moyen à la naissance du premier enfant, il est de 29,0 ans en 2015. La fécondité dans les régions a connu une évolution similaire à celle du Québec dans son ensemble au cours des années 2000, suivie d'une légère baisse progressive à partir de 2009. Le Nord-du-Québec arrive en tête de course avec un indice synthétique de fécondité de 2,33 enfants par femme en 2015. Suivent ensuite les régions de Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Centre-du-Québec et Côte-Nord, avec des indices se situant autour de 1,8 enfant par femme.

¹ Institut de la Statistique du Québec, Le bilan démographique du Québec, édition décembre 2015

² Institut de la Statistique du Québec, La migration interrégionale au Québec en 2014-2015, mars 2016, numéro 46

³ Institut de la Statistique du Québec, Coup d'œil sociodémographique, avril 2016, numéro 47

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION (SUITE)

À l'opposé, Montréal affiche une fécondité de 1,49 enfant par femme, la plus faible de toutes les régions. De plus, trois régions se situent sous la moyenne québécoise, avec des indices inférieurs à 1,6 enfant par femme, soit les régions de la Capitale-Nationale, Laval et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine⁴. Par la suite, les régions de Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Centre-du-Québec et Côte-Nord, viennent en second avec des indices qui oscillent autour de 1,8 enfant par femme. Montréal affiche l'indice de fécondité le plus faible de toutes les régions avec 1,49 enfant par femme. Montréal, les régions de la Capitale-Nationale, Laval et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine se situent sous la moyenne québécoise, avec des indices inférieurs à 1,6 enfant par femme. Montréal, Laval et la Capitale-Nationale ont à l'opposé une proportion plus importante de mères âgées de 30 à 34 ans. Montréal obtient l'âge moyen de maternité le plus élevé avec 32,2 ans. Il est suivi par Laval avec 31,6 ans, la Capitale-Nationale avec 30,7 ans et la Montérégie avec 30,1 ans.

Naissances⁵

Selon les données provisoires, 86 800 bébés sont nés au Québec en 2015, ce qui représente un recul de 1% par rapport à 2014 avec 87 700 naissances. Depuis deux ans, on assiste à une réduction du nombre de naissances, lequel s'était stabilisé entre 2009 et 2013 avec un nombre de naissance qui oscillait entre 88 000 et 89 000.

Du nombre total des naissances en 2015, on compte un peu plus de 44 500 garçons et 42 300 filles, ce qui représente un rapport de masculinité à la naissance d'environ 105 garçons pour 100 filles. Pour l'ensemble, 44 % des bébés sont des premiers nés, 36 % sont de rang 2 et 20% sont considérés comme des naissances de rang élevé (3 ou plus). Les naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.) demeurent stables à 3%. La proportion d'enfants issus de parents non mariés représente 63%, tendance qui se stabilise depuis le milieu des années 2000. La proportion d'enfants dont au moins un parent est né à l'extérieur du Canada est de 30%, tandis qu'elle est de 20% pour les enfants dont les deux parents sont nés à l'étranger.

L'espérance de vie⁶

Selon les données provisoires de 2015 (identiques à celles des deux années précédentes), l'espérance de vie à la naissance est à 80,2 ans chez les hommes et à 84,1 ans chez les femmes. La durée de vie moyenne, hommes et femmes confondus, est de 82,2 ans.

Les gains de l'espérance de vie sont reliés davantage à la diminution de la mortalité des personnes âgées, où ceux après 60 ans représentent 68% de l'augmentation de l'espérance de vie des hommes et 80% de celle des femmes (Payeur, 2015). Les Québécois ont une espérance de vie pratiquement identique à la moyenne canadienne selon Statistique Canada (2013), alors que jusqu'à la fin des années 70, l'espérance de vie au Québec était la plus faible des provinces canadiennes. Le Québec est en 3e position des provinces présentant le meilleur taux d'espérance de vie, derrière l'Ontario et la Colombie-Britannique.

Décès⁷

L'estimation provisoire du nombre de décès survenus au Québec en 2015 s'élève à 64 400, par rapport à 61 007 décès enregistrés en 2012 (plus récente donnée définitive). Cette estimation semble démontrer l'accélération de la croissance du nombre de décès observée au cours des dernières années, en concordance avec le vieillissement de la population, mais aussi, liée aux saisons grippales sévères des hivers 2012-2013 et 2014-2015. La surmortalité hivernale au Québec fut particulièrement élevée entre décembre 2014 et avril 2015, alors qu'elle a également été observée ailleurs dans le monde en 2015.

La mortalité infantile

La mortalité infantile demeure stable au Québec depuis la fin des années 90. En 2015, le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an est de 414 (données provisoires) et le taux de mortalité infantile, sexes réunis, est de 4,8 pour mille naissances. En 2013 et 2014, les taux étaient respectivement de 4,8 et 4,4 pour mille.

La légère hausse de la dernière année ne peut être interprétée comme le fait d'une tendance significative, cette variation restant dans les limites de la fluctuation habituelle de l'indicateur. On peut considérer que la mortalité infantile connaît une relative stabilité depuis une quinzaine d'années, après avoir fortement diminué au cours des XIXe et XXe siècles. Au Canada, le taux de mortalité infantile est de 4,8 pour mille en 2012 (dernière année disponible), tandis qu'il est légèrement plus élevé aux États-Unis, à 5,8 pour mille en 2014 (NCHS, 2015). La grande majorité des pays de l'OCDE ont des taux de mortalité infantile inférieurs ou égaux à 5 pour mille en 2013.

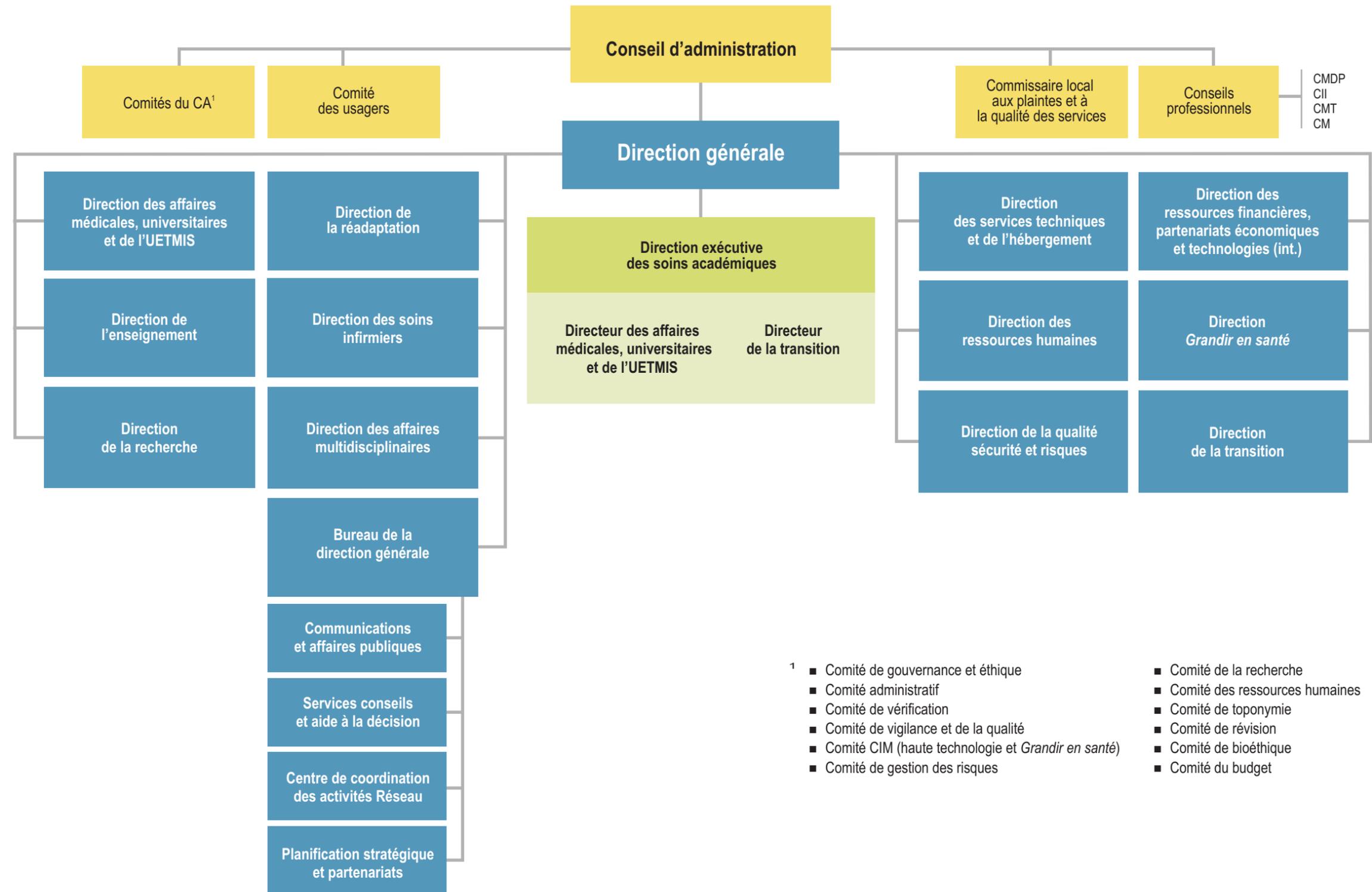
⁴ Texte tiré de : Institut de la Statistique du Québec, Coup d'œil sociodémographique, avril 2016, numéro 47, page 4.

⁵ Institut de la Statistique du Québec, Coup d'œil sociodémographique, avril 2016, numéro 47

⁶ Institut de la Statistique du Québec, mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2015, mai 2016, # 48

⁷ Institut de la Statistique du Québec, mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2015, mai 2016, # 48

STRUCTURE DE L'ORGANISATION



COMITÉ DE DIRECTION – CHU SAINTE-JUSTINE

Fabrice Brunet

Président-directeur général

Isabelle Demers

Présidente-directrice générale adjointe

Denise Bélanger

Directrice des ressources humaines

Louise Boisvert

Adjointe au PDG - Communications et affaires publiques

Docteure Sarah Bouchard

Directrice des technologies de l'information

Christine Boutin

Directrice de l'enseignement

Antonio Bucci

Directeur des ressources financières et partenariats économiques

Louise Robinette

Directrice intérimaire des soins infirmiers

Claude Fortin

Directeur de la transition

Marc Girard

Directeur des affaires médicales et universitaires

Dickens Saint-Vil

Chef du Département de Chirurgie

Marie-Claude Lefebvre

Directrice des services techniques et hébergement

Marie-Claude Lefebvre

Directrice intérimaire de *Grandir en santé*

Michel Lemay

Directeur intérimaire de la qualité et des risques

Alain Moreau

Directeur de la recherche

Maryse St-Onge

Directrice des affaires multidisciplinaires et de la réadaptation

CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHU SAINTE-JUSTINE - CHUM - 2015 - 2018

Collège électoral : indépendants

Madame Geneviève Fortier, présidente
Compétence en gouvernance ou éthique

Monsieur Régent L. Beaudet
Compétence en ressources immobilières,
informationnelles ou humaines

Madame Louise Champoux-Paillé
Compétence en gouvernance ou éthique

Monsieur Robert Dandurand
Compétence en gestion des risques,
finance et comptabilité

Madame Hélène Desmarais
Compétence en gestion des risques, finance et
comptabilité

Monsieur Michel Lamontagne
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Monsieur Matthew Pearce
Compétence en gouvernance ou éthique

Monsieur Jean Rochon
Compétence en vérification, performance ou gestion de
la qualité

À venir

À venir

Collège électoral : université

Docteure Hélène Boisjoly
Docteur Guy Breton

Collège électoral : infirmiers(eres)

Madame Marie-Pierre Bastien CHUSJ
Madame Joumana Fawaz CHUM

Collège électoral : médecins, dentistes et pharmaciens

Docteure Pascale Audet CHUM
Docteure Maria Buithieu CHUSJ

Collège électoral : multidisciplinaire

Madame Lysanne Goyer CHUM
Monsieur Yves Théoret CHUSJ

Collège électoral : usagers

Monsieur Mario Brunet CHUM
Madame Josée Veillette CHUSJ

Collège électoral : médecine générale (DRMG)

Docteure Marie-Chantal Pelletier

Collège électoral : pharmacien (comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP))

Monsieur Denis Bois

Président-directeur général

Docteur Fabrice Brunet

Le code d'éthique et de déontologie des membres du
Conseil d'administration se trouve en annexe du rapport
annuel de gestion.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Composition et responsabilités du conseil multidisciplinaire

COMPOSITION

Le Conseil Multidisciplinaire (CM) est composé de toute personne détentrice d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire, exerçant dans l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et relié directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche, à l'enseignement et à l'administration de ces secteurs, à l'exception des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires et sage-femme.

Le CM du CHU Sainte-Justine représente **1578 membres**, appartenant à 58 titres d'emploi différents, ce qui constitue l'un des plus importants en nombre au Québec.

Responsabilités

Responsabilité envers le conseil d'administration :

Tel que stipulé à l'article 227 de la Loi, «le Conseil multidisciplinaire est responsable envers le Conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres, dans tout centre exploité par l'établissement ;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement ;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le Conseil d'administration. »

Responsabilité envers le président-directeur général : Tel que mentionné à l'article 228 de la loi, le CM est « responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. »

Responsabilité envers ses membres

Le CM se fait le porte-parole des diverses réalités cliniques de ses membres auprès des différentes instances du CHU Sainte-Justine. Il voit aux conditions nécessaires pour dispenser des soins et des services de qualité aux enfants et à leurs parents. Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) s'active à la reconnaissance de la contribution de ses membres au bon fonctionnement du CHU Sainte-Justine.

Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire est composé de membres élus par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire, du directeur de la direction des affaires multidisciplinaires ainsi que du président-directeur général du regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine. Le mandat de tout membre élu est de deux ans. Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire a tenu au total treize réunions. Le comité exécutif satisfait ainsi au règlement 5.5.1 qui le régit.

- Participation de trois membres de l'exécutif au Colloque des CM du Québec à Lévis le 2 novembre 2015, intitulé Sortir gagnant des grands changements
- Les membres de l'exécutif ont participé à différents comités et tables de travail



CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (SUITE)

Objectifs et réalisations

1. Comité d'évaluation par les pairs

Le plan d'action, établi lors de la journée d'orientation favorisant le support et la relance des comités de pairs, a été réalisé. Plusieurs comités de pairs ont été actifs au cours de la dernière année au sein des différents groupes professionnels suivants :

- Psychologues, sites HSJ
- Ergothérapeutes, site HSJ et CRME
- Physiothérapeutes, site HSJ
- Nutritionniste, site HSJ
- Inhalothérapeutes, site HSJ et CRME
- Technologistes médicales, site HSJ
- Ingénieur biomédical, site HSJ
- Psychoéducateurs, site HSJ

2. Qualité des soins et services

- Participation de la présidente au comité PACIQ pour l'amélioration continue des soins et services, en préparation de l'agrément 2015
- Plan d'action afin de soutenir les responsables des POR. Une chronique à chaque parution du Flash Multi
- L'exécutif du CM a déposé un avis au président-directeur général démontrant notre souci de collaboration concernant la distribution des ressources des membres du CM afin de s'assurer de maintenir la qualité des soins et services de nos membres dans un contexte de coupure budgétaire
- Le CECM a poursuivi le concept de Conférence midi du CM, toujours dans le but de soutenir les professionnels pour l'amélioration continue de la qualité. Une conférence midi a eu lieu le 11 avril 2016, conférence de Monsieur Guy Paré intitulée Regard introspectif sur 15 années de recherche en TI dans le secteur de la santé. De plus, plusieurs conférences midis données par l'expertise de nos membres, ou de celle des membres du CM du CHUM, ont été en visioconférence sur tous les sites du regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine.

3. Plan de communication

- Lors de notre journée de réflexion et d'orientation de juillet 2015, il a été recommandé de se doter d'un plan de communication. Pour se faire, nous avons fait une proposition de stage aux étudiants en communication de l'Université de Montréal. Une stagiaire a été retenue pour préparer un plan de communication à l'automne 2015.

4. Promotion

- La mise à jour de la page intranet du CM de façon continue
- La parution du journal du CM, Le Flash Multi, a continué cette année avec quatre numéros

5. Regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine

- Suite à l'annonce du regroupement, les présidentes ont eu plusieurs discussions en lien avec les activités de leur CECM respectif. En décembre, Hélène Sabourin, présidente, et Kathy Malas, vice-présidente, ont présenté les activités, les objectifs et le programme de bourses pour nos membres au CECM du CHUM et Stéphanie Émond, présidente du CECM du CHUM a fait une présentation du fonctionnement du CECM du CHUM pour le CHU Sainte-Justine. Ces rencontres ont été profitables puisqu'elles ont permis de mettre en commun les meilleures pratiques de chacun des CECM. De plus, deux fois par année, les présidents des CM des CHU se rencontrent afin d'harmoniser et d'échanger certaines pratiques.

6. Révision de la liste des membres du CM

Mesdames Kathy Malas, Stéphanie Tran et Hélène Sabourin ont entrepris des démarches auprès des ressources humaines afin d'établir un processus plus fiable (avec titre d'emploi et exclusion ou inclusion) pour établir la liste des membres du CM.

7. Prix distinction du CM

Plusieurs personnes ont reçu un prix distinction du CM

8. Programme des bourses du CM

Un total de quatre bourses de \$10 000 a été attribué selon des critères de sélections très rigoureux

Recommandations

- Encourager les groupes de professionnels à démarrer de nouveaux comités de pairs.
- Mettre en place une salle de pilotage afin d'assurer le suivi de notre planification stratégique avec des indicateurs de performance

COMITÉ DES USAGERS

1. Mandat général du comité

Le comité des usagers est le gardien du respect des droits des usagers du CHU Sainte-Justine et de ceux du Centre de réadaptation Marie-Enfant. Il représente l'enfant et sa famille et se fait leur porte-parole.

2. Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

Deux grands objectifs spécifiques ont guidé nos actions durant l'année 2015-2016 :

- 1) structurer notre gouvernance et nos actions.
- 2) faire connaître davantage le comité des usagers (CDU);

Le CDU s'est également fixé les objectifs suivants :

- Collaborer avec les gestionnaires de l'établissement par l'implication des membres dans plusieurs projets, comités, réflexions et consultations significatives.
- Maintenir une participation des gestionnaires de l'établissement lors des réunions du comité des usagers pour avoir une vision globale des enjeux de l'établissement.
- Maintenir une présence continue auprès des parents pour les supporter, les écouter, les accompagner et effectuer un suivi statutaire de l'ensemble des interventions faites auprès des usagers.
- Faire connaître davantage le rôle et le mandat du CDU auprès des patients et de leur famille, des employés, des bénévoles et de l'administration de l'établissement.
- Maintenir un lien étroit avec la commissaire locale aux plaintes et avec le gestionnaire intégrateur de l'établissement (Directeur, Qualité, sécurité et risques).
- Maintenir la formation des nouveaux membres du CDU en utilisant les services du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).



COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

3. Bilan des activités

3.1 Statistiques des demandes de consultation et d'assistance des usagers

- Nombre de réunions du CDU incluant l'assemblée générale annuelle : 14, taux de participation : 71.25%.
- Nombre de demandes adressées au CDU par des usagers : 22 (diminution de 37 % par rapport au dernier exercice financier).
- Nombre de demandes adressées au CDU par des CDUs d'autres établissements : 1.
- Nombre de demandes de contribution pour des projets particuliers au sein de l'établissement : 13.
- Nombre de demandes adressées au CDU par des professionnels de la santé : 38 (augmentation importante de 322% par rapport au dernier exercice financier). Cette croissance est le résultat des efforts que le CDU a déployés pour se faire connaître des gestionnaires de l'établissement et par une implication croissante des membres sur les comités de travail de l'établissement. C'est également une résultante de la volonté de la direction d'impliquer le CDU dans ses réflexions et l'élaboration de ses projets.

3.2 Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Poursuite de la contribution du CDU à la trousse d'accueil des enfants du CRME.
- Participation à la semaine de la sécurité, semaine du 26 octobre 2015.
- Participation à la semaine des usagers, semaine du 28 septembre 2015.
- Participation à la rencontre annuelle de parents de l'URFI, le 16 juin 2015.

3.3 Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

Consultation et accompagnement des équipes sur différents comités internes :

- Comité Sainte-Justine au Futur
- Comité Services Patients-Familles
- Comité Expérience allaitement
- Comité Code d'éthique
- Comité Règles de vie
- Comité de vigilance
- Comité Maison du partenariat
- Comité Hôpital communiquant
- Comité international des usagers d'établissements Planetree

Participation à différentes rencontres, congrès et colloques

- Animation du Gala reconnaissance par un membre du CDU, 11 juin 2015.
- Rencontre entre les visiteurs d'Agrément Canada et les membres du CDU.
- Participation au congrès du RPCU 2015, semaine du 21 octobre 2015.
- Participation au salon de la qualité et de l'innovation 2015 où le CDU était membre du jury pour identifier les projets innovateurs les plus porteurs, dans le cadre de la Semaine de l'innovation en santé, le 19 octobre 2015.
- Participation à la conférence Le patient au cœur de l'innovation, dans le cadre de la Semaine de l'innovation en santé, le 21 octobre 2015.
- Participation au Forum Citoyen dans le cadre de la Semaine de l'innovation en santé, le 23 octobre 2015.
- Participation au Réseau Mère-Enfant de la francophonie (Bruxelles), 18 -21 mai 2015.

Participation financière à l'implantation de différents projets, entre autres

- Prévention des infections, projets lavage des mains.
- Programme de prévention des chutes.
- Projet d'amélioration des outils et des activités thérapeutiques du CRME.
- Projet d'amélioration du milieu de vie à l'hébergement répit.

COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

Bilan des activités (suite)

3.4 Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Contribution significative du CDU dans l'élaboration de sondages de satisfaction de la clientèle et partage des résultats de chaque sondage.
- Sondage de satisfaction de la clientèle, fait par le CDU lors de l'activité de Noël.
- Projet d'amélioration de la qualité des soins et services à l'unité de chirurgie.
- Projet en préparation pour la mise en place d'outils (IPAD) permettant de sonder la clientèle sur leur expérience-patient.

3.5 Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Implication du comité des usagers auprès de familles souhaitant assister à l'anesthésie de leur enfant.
- Colloque Commission pour la Protection des Malades, 13 juin 2015.
- Poursuite des affiliations au FCURQ et au RPCU.

3.6 Indicateurs de suivi utilisés

- Un tableau de bord des demandes d'assistance permet d'identifier les différentes causes de consultation, de faire des suivis et d'ajuster les objectifs du comité au besoin.
- Des indicateurs statistiques de consultation et d'utilisation de notre site WEB nous permettent de prioriser les actions pour faire connaître le CDU auprès des usagers.
- Un suivi des plans d'amélioration découlant des sondages de satisfaction de la clientèle réalisés dans différentes unités contribue à l'identification des actions prioritaires.
- Le CDU effectue un suivi des résultats des différentes initiatives locales entreprises dans les unités de l'établissement en fonction de l'expérience patient.

4. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

- Le PDG a été rencontré pour positionner les enjeux actuels et futurs, les forces et les grands défis du CHUSJ et du CRME pour une meilleure compréhension des membres.
- Un comité de travail a élaboré un plan stratégique qui a défini les priorités.
- Des outils de suivi ont été implantés permettant d'encadrer les priorités d'action : tableaux de bord, sondage de satisfaction, suivi budgétaire, suivi des demandes d'usagers.
- Un comité de promotion a été mis en place afin de définir un plan de visibilité dynamique qui permet d'augmenter la visibilité du CDU auprès des usagers. Une page Facebook a été créée et le comité de promotion partage régulièrement des informations avec ses followers.
- La création de nombreux outils promotionnels a permis une meilleure visibilité du CDU.
- Le CDU a perfectionné son mode de fonctionnement, son rôle et ses champs d'action et maîtrise davantage son cadre de référence.
- Le CDU a débuté la révision de ses règlements, laquelle sera poursuivie en 2016-2017.
- Une gestion rigoureuse des projets soutenus par le CDU a été réalisée grâce à l'accompagnement d'un gestionnaire du Bureau de projet et de la performance.
- Le CDU a procédé à l'embauche d'une personne-ressource (coordonnatrice) en collaboration avec la Direction des ressources humaines. Cette personne ressource à l'interne permet désormais au CDU d'avoir une liaison directe avec les équipes, assure l'implantation du plan stratégique, développe des outils de gestion et assure la réalisation des projets.

COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

5. Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Répertorier les expériences acquises de chacun des membres du CDU. Identifier les unités où l'expérience est moindre et parfaire les connaissances des membres par des visites guidées et des séances d'observation. Inviter au CDU les unités moins connues des membres afin d'augmenter l'expertise.
- Présenter les activités du CDU au personnel, aux gestionnaires, aux groupes professionnels et aux bénévoles de l'établissement.
- S'impliquer activement dans des dossiers jugés prioritaires pour le CDU qui sont toujours en cours (p. ex. : patient partenaire, projet de modernisation de l'existant).
- Renforcer davantage la présence et l'implication des bénévoles du CHUSJ et du CRME au comité des usagers.
- Collaborer à la réflexion Sainte-Justine au futur et poursuivre notre implication à l'implantation du partenariat de soins.
- S'impliquer activement dans l'analyse des sondages de satisfaction, dans la prise en charge et les suivis des plans d'amélioration afin de continuer d'améliorer les soins centrés sur le patient et la famille.
- Développer un outil d'évaluation proposé par le CDU (sondage interactif sur tablettes IPAD)
- Collaborer activement et veiller à la réalisation de projets porteurs amorcés (ex : plan interactif virtuel, salle familiale Manoir Mc Donald).
- Diffuser le plan stratégique et les actions prioritaires du CDU aux gestionnaires de l'établissement.
- Resserrer nos liens avec les usagers en facilitant la proximité entre notre personne-ressource et les usagers au CHU Sainte-Justine et par un contact régulier avec le CRME.

6. Conclusion et perspectives 2015-2016

L'équipe du comité des usagers du CHU Sainte-Justine a comme vision de devenir un leader et un acteur incontournable au nom des patients et de leur famille et souhaite mettre en place le plus d'initiatives porteuses et innovatrices pour améliorer les conditions de vie des usagers en collaboration avec les gestionnaires de l'institution.

Informations optionnelles

Nom des membres du comité des usagers

Madame Josée Veillette, présidente

Madame Heidi Tellier-Labrecque, vice-présidente

Madame Vicki Boutin, secrétaire-trésorière

Madame Manon Beaudry

Madame Christine Mercier

Madame Hilda Castro

Madame Emilie Ouellette

Madame Marie-France Langlet

Madame Marie-Chantal Ledoux

Madame Catherine Kozminski

Madame Sophie De Smet

Monsieur Daniel Bélanger

Madame Claudie Drapeau

Suivi des activités des comités de résidents

Il n'existe pas, pour le moment, de Comité de résidents au CRME du CHU Sainte-Justine. Le comité des usagers représente donc également les intérêts des résidents du CRME

Recommandations

Le comité des usagers s'engage à supporter les usagers dans leur démarche auprès de l'établissement dans le cadre de son rôle et de son mandat et il poursuivra sa contribution et son implication auprès des différents gestionnaires. Le comité soutiendra la mise en place d'initiatives et d'actions d'amélioration de la qualité des conditions de vie et de la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus tout au long de la trajectoire de soins et de vie des usagers.

LE COMITÉ DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

1. Comité exécutif du CMDP

Composition du Comité exécutif du CMDP :

- Dre Johanne Dubé, présidente
- Dre Valérie Lamarre, vice-présidente
- Dr Robert Dubé, secrétaire-trésorier
- Dre Mona Beaunoyer, conseillère
- Dre Mutsuko Emond, conseillère
- Dr Denis Bérubé, conseiller
- Dr Fabrice Brunet, Président-directeur général
- Dr Marc Girard, directeur des Affaires médicales et universitaires
- Dre Maria Buithieu, représentante du CMDP au CA
- Mme Isabelle Demers, Présidente-directrice générale adjointe

En 2015-2016, le comité exécutif du CMDP a donné suite aux conclusions de son comité d'examen des titres et a également revu les recommandations du comité d'éthique à la recherche sur les projets de recherche qui lui ont été soumis. Le Comité exécutif du CMDP a été interpellé et/ou a procédé dans le cadre de différents dossiers, entre autres :

- Transformation organisationnelle du CHU Sainte-Justine;
- Processus de désignation des membres du conseil d'administration unique du CHUM et du CHU Sainte-Justine;
- Élection de la représentante du CMDP du CHU Sainte-Justine au conseil d'administration unique du CHUM et du CHU Sainte-Justine;
- Visite d'Agrément Canada 2015;
- Révision des règlements internes des Départements cliniques;

- Projet Optilab;
- Gouvernance et structure organisationnelle en contrôle et prévention des infections (CEPCI-COPCI);
- Dossier Clinique informatisé (Dci);
- Loi 2 concernant les soins de fins de vie;
- Ateliers de formations offertes aux membres du CMDP sur le Climat de travail;
- Gala de reconnaissance des membres retraités du CMDP;
- Révision et adoption du Guide de référence à l'intention des membres du CMDP nommés au sein d'un comité de sélection pour le choix d'un chef de département »;
- Processus d'élection des membres de l'Exécutif du CMDP;
- Élaboration d'un processus d'accueil des nouveaux membres du CMDP;
- Création du Prix annuel du CMDP pour un projet en évaluation de l'acte par un résident;
- Formation du comité permanent multidisciplinaire sur les accès vasculaires;
- Mise sur pied du comité ad hoc « Sédation/anesthésie et cathétérismes cardiaques »;
- Révision du mandat et nomination des membres du « Comité de discipline permanent (tenue de dossier) »;
- La planification du déménagement vers le BUS « La Grande traversée »;
- Activité sociale du CMDP - Soirée du printemps 2015;
- Organisation de l'activité sociale -Reconnaissance des membres du CMDP ayant plus de trente (30) ans de carrière au CHU Sainte-Justine - Soirée du printemps 2016;

Le Comité exécutif du CMDP a recommandé auprès du Conseil d'administration unique CHUSJ-CHUM, les nominations de trois chefs de Département et un comité de sélection pour le choix d'un chef du Département d'anesthésie-réanimation a été mis sur pied. L'Exécutif du CMDP, a accepté la prolongation de mandat des chefs des Départements de pédiatrie, d'obstétrique-gynécologie et d'imagerie médicale pour une durée de deux ans. Le Comité exécutif a également nommé le nouveau président du comité de pharmacologie.

CMDP (SUITE)

La présidente du Comité exécutif du CMDP a siégé à plusieurs tables de discussion notamment :

- Comité exécutif de prévention et de contrôle des infections (à titre de co-présidente);
- Table des chefs de département de la DAMU;
- Comité de régie;
- Conseil d'administration de la Fondation du CHU Sainte-Justine;
- Comité sur la tenue de dossiers;
- Comité d'attribution des bourses en jumelage de fonds;
- Comité prévention de la violence;
- Rencontres des présidents des CMDP des cinq grands CHU du Québec.

2. Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (Docteure Guylaine Larose, présidente du comité)

Composition du Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique :

- Dre Guylaine Larose, présidente, urgentiste
- Dr Gilles Girouard, vice-présidente, anesthésiste
- Dre Danielle Taddéo, secrétaire, pédiatre
- Dr Nelson Piché, chirurgien (en alternance avec la Dre Ann Aspirot)
- Dre Chantal Buteau, infectiologue
- Dr Christian Lachance, néonatalogiste
- Dr Denis Lebel, pharmacien
- Dre Suzy Gascon, obstétricienne-gynécologue
- Dr François Proulx, intensiviste
- Dre Marianna Zarrelli, psychiatre
- Dr Marc Girard, directeur de la DAMU
- Dr Guy Grimard, orthopédiste
- Mme Audrée Comtois, archiviste

Le Comité central a procédé à la révision des procès-verbaux des sous-comités et des différentes études par critères explicites. Il a mis en place un nouveau tableau permettant de mieux documenter et de suivre les recommandations qui émanent des sous-comités, de même qu'un tableau permettant de documenter l'étude des cas de mortalités par les sous-comités. Le Comité central a continué à stimuler et à supporter les divers sous-comités dans leur mandat d'amélioration de la qualité de l'acte médical.

Pour une deuxième année d'affilée, une demi-journée d'enseignement accréditée a été organisée par des membres du Comité central à l'intention des membres du CMDP et des résidents.

Deux études du Collège des médecins du Québec ont été revues et quatre études par critères explicites ont été déposées. De plus, 93 documents divers (procès-verbaux, rapports, etc.) ont été acheminés au Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique en provenance des différents sous-comités ou autres instances (CMQ, DAMU, etc.). De plus, 25 rapports annuels ont été transmis par les divers sous-comités et des recommandations ont émané de 13 sous-comités. Aucune demande en provenance du coroner n'a été reçue.

Un prix a été créé par le CMDP pour un projet d'un résident sur un sujet touchant l'évaluation de l'acte médical. Ce prix comporte une bourse de 500\$ (Comité de sélection : Drs Girouard, Gascon et Zarrelli).

CMDP (SUITE)

3. Comité de pharmacologie

(Docteur Philippe Ovetchkine, président du comité et Mme Éloïse Pelletier, secrétaire)

Le comité de pharmacologie est composé de dix membres

Le comité a évalué et produit les règles d'utilisation des produits suivants en vue de leur addition à notre liste locale de médicaments :

- Mélatonine
- Méthylalantrexone
- Taliglucérase
- Insuline glulisine
- Midazolam intranasal pour le traitement des convulsions aiguës à l'urgence
- Ataluren (refus)

Aucun médicament n'a été retiré de notre liste. Nous avons revu les règles d'utilisation de la lidocaïne liposomale et des anesthésiques topiques. Nous avons révisé la classe des produits d'insuline et mis à jour les modalités de leur service.

Nous nous sommes tenus informés de la surveillance des médicaments émergents, six mois et douze mois après l'instauration du Programme Émergent, et de l'utilisation des médicaments par le Programme de la maladie de Gaucher. Des discussions ont eu lieu en lien avec certaines situations rapportées par la gestion des risques : 1) soit un effet indésirable sérieux avec l'azithromycine chez un patient ; 2) mise à jour des posologies apparaissant sur la feuille d'ordonnances pré-rédigées interactive en collaboration avec le comité de réanimation ; 3) un lot de mélatonine en solution orale floconneuse ; 4) certaines modalités de rédaction des ordonnances, dont les modalités optimales de rédaction des intervalles posologiques. Nous nous sommes également tenus informés de l'état des déclarations des ordonnances illisibles.

Nous avons aussi été impliqués dans la préparation des actions à prendre pour optimiser notre taux de conformité de la norme de gestion des médicaments en vue de la visite d'Agrément Canada, notamment en ce qui concerne la gestion des médicaments à haut risque, en particulier les narcotiques, l'héparine et les électrolytes. Nous avons aussi travaillé sur le MSTP (Meilleur Schéma Thérapeutique Possible).

Nous nous sommes tenus informés des divers effets secondaires induits par les médicaments administrés dans notre milieu (i.e. médicaments inscrits au formulaire du CHU Sainte-Justine ou obtenus grâce au programme d'accès spécial de Santé Canada) et rapportés au Département de pharmacie du CHU Sainte-Justine. De plus, 36 effets indésirables ont été documentés et rapportés à Santé Canada.

En outre, les membres du Comité de revue d'utilisation des antimicrobiens (CRUAM) ont révisé les règles d'utilisation des médicaments suivants :

- Évaluation et mise à jour de la règle d'utilisation du posaconazole injectable
- Retrait de l'association ticarcilline/acide clavulanique de notre liste locale
- Rédaction ou mise à jour des feuilles d'ordonnances pré-rédigées pour la décontamination SARM, les infections herpétiques muco-cutanées, l'influenza et le traitement antibiotique des appendicites.

Suite à une analyse descriptive des cinq centres universitaires québécois à laquelle nous avons participé, l'antibioprophylaxie chirurgicale est aussi en processus de réévaluation avec les équipes concernées.

Le CRUAM collige, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, des données annuelles sur la consommation des antibiotiques dans notre milieu. Le rapport de l'utilisation depuis 2010 a été déposé et il démontre une consommation globalement stable. Le CRUAM analysera aussi de façon plus détaillée, soit en fonction d'un antimicrobien ou d'une indication ciblée nos profils de consommation.

CMDP (SUITE)

Nominations des pharmaciens

Nom	Prénom	Licence	Statut
Abou-Karam	Myrna	204364	Actif
Atkinson	Suzanne	202290	Actif
Auclair	Francine	81269	Actif
Beauchamp	Danielle	81167	Actif
Beauchemin	Mylène	212656	Actif
Bédard	Pascal	208143	Actif
Brochet	Marie-Sophie	203103	Actif
Bussièrès	Jean-François	87269	Actif
Caron	Élaine	201267	Actif
Delisle	Jean-François	207324	Actif
Ferreira	Ema	92101	Actif
Forest	Jean-Marc	87101	Actif
Fortin	Geneviève	97317	Actif
Fournier Tondreau	Marylou	214776	Actif
Goyer	Isabelle	210837	Actif
Larocque	Diane	85178	Actif
Lavoie	Annie	99121	Actif
Lebel	Denis	92293	Actif
Lemieux	Dominique	92319	Actif

Nom	Prénom	Licence	Statut
Malo	Josianne	205284	Actif
Marquis	Christopher	206291	Actif
Martin	Brigitte	99102	Actif
Matar	Sabine	211546	Actif
McMahon	Jessica	209313	Actif
Métras	Marie-Élaine	211601	Actif
Morin	Caroline	202112	Actif
Nguyen	Christina	209406	Actif
Ouellet	Geneviève	204335	Actif
Ouellette Frève	Johanne-François	211646	Actif
Pedneault	Lyne	92325	Actif
Pelletier	Elaine	88136	Actif
Perreault	Mélissa	205334	Actif
Roy	Hélène	200111	Actif
Schérer	Hugo	214828	Actif
Thibault	Maxime	209115	Actif
Tremblay	Marie-Ève	211795	Actif
Tremblay	Stéphanie	97110	Actif
Viau	Annie	206369	Actif

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Membres du CII

Le conseil des infirmières et infirmiers est composé de 1571 professionnels en soins infirmiers.

Composition du conseil exécutif des infirmières et infirmiers (CECII)

Des élections ont été tenues en décembre 2015. Voici la composition du nouveau comité exécutif du CECII :

Conseiller et conseillères avec fonction du CECII

Josée Lamarche (Cadre-conseil en sciences infirmières) : présidente

Olivier Charest-Kesteman (Infirmier clinicien en psychiatrie) : vice-président

Samira Harakat (Infirmière clinicienne aux soins intensifs pédiatrique) : secrétaire

Sophie Paquet (Infirmière clinicienne à l'unité des naissances) : trésorière

Conseiller et conseillères du CECII

Joanie Belleau (Infirmière clinicienne spécialisée en deuil périnatal) : conseillère (retour de congé de maternité en octobre 2015)

Valérie Bisson (Conseillère en soins infirmiers) : conseillère en congé de maternité

Denis Blais (Infirmier clinicien en maladies infectieuses) : conseiller

Jessika Côté (Infirmière auxiliaire à l'équipe volante) : présidente du CIIA

Annie-Pierre Couture (Conseillère en soins infirmiers) : conseillère élue en décembre 2015

Marie-Pier Cyr (Infirmière clinicienne au plateau ambulatoire mère-enfant) : conseillère élue en décembre 2015

Nancy Ferlatte (Infirmière clinicienne à l'urgence) : conseillère en congé de maternité

Marie-Pierre Gagné (infirmière au plateau ambulatoire mère-enfant) : conseillère élue en décembre 2015

Marie-Josée Labrèche (Infirmière auxiliaire en néonatalogie) : conseillère au CIIA

Annie Lacroix (Chef des processus administratifs à la direction des soins infirmiers) : conseillère élue en décembre 2015

Mylène Renaud Leclair (Infirmière auxiliaire en néonatalogie) : conseillère du CIIA

Lucie Morisse-Morlière (Infirmière clinicienne au Centre de réadaptation Marie-enfant) : conseillère élue en décembre 2015

Membres d'office du CECII

Marie-Pierre Bastien (Infirmière clinicienne aux soins intensifs pédiatriques) : représentante au conseil d'administration suite aux élections du processus de désignation tenues en octobre 2015

Fabrice Brunet (Président- directeur général) : membre d'office

Nadia Desmarais (Chef du service de prévention des infections) : représentante au conseil d'administration jusqu'en octobre 2015

Renée Descoteaux (Directrice des soins infirmiers) : membre d'office jusqu'en janvier 2016

Louise Robinette (Directrice intérimaire des soins infirmiers et directrice adjointe des soins infirmiers) : membre d'office depuis janvier 2016

Contribution dans divers comités

Comité des nouveaux formulaires des archives : Denis Blais

Comité de tenue de dossiers : Josée Lamarche

Comité de régie : Josée Lamarche

Comité interdisciplinaire des nouveaux dépliants : Sophie Paquet

Comité ad-hoc de la Semaine de l'infirmière 2015 : Denis Blais, Marilou Burelle, Johanne Déry, Marie-Pierre Gagné (présidente du comité), Annie Lacroix, Josée Lamarche, Audrey Laronne-Juneau, Johanne Martel, Sophie Paquet

Conseil d'administration: Nadia Desmarais et Marie-Pierre Bastien

Comité relève infirmière : Marie-Pierre Bastien et Sophie Paquet

Sous-comité POR (double identifiant) : Olivier Charest-Kesteman

Sous-comité POR (transmission de l'information) : Denis Blais

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (SUITE)

Avis et prises de position du CECII

Mai 2015 : Avis du CIIA sur la réorganisation à l'unité de néonatalogie

Juin 2015 : Appui au projet patient-partenaire

Août 2015 : Prise de position sur le retrait de l'attribution des congés pour études

Octobre 2015 : Appui à la révision des pratiques professionnelles reliées à l'intraveinothérapie

Janvier 2016 : Avis sur le départ de Madame Renée Descoteaux

Faits saillants 2015-2016

- Journée de l'infirmière auxiliaire 2015 organisée par les membres du CIIA
- Tenue de la Semaine de l'infirmière 2015 sous le thème *L'infirmière, une professionnelle haute en couleur!*
- Attribution d'une commandite de 5 000 \$ par la Banque Nationale
- Processus de désignation des membres du prochain conseil d'administration, en octobre 2015
- Implication dans la semaine de l'innovation en santé 2015
- Les présentations infirmières du CII ont fêté leurs 25 ans
- Première journée de retraite du CECII en janvier 2016
- Développement d'un plan stratégique du CII 2016-2021
- Tenue de la soirée Partenariat avec l'Université de Montréal sous le thème des transitions de soins
- Premier conseil exécutif du CII entre le CHU Sainte-Justine et le CHUM

Objectifs annuels 2016-2017

Le CII souhaite établir certaines priorités pour l'année 2016-2017

- Développer son plan d'action annuel, en lien avec le plan stratégique des cinq prochaines années
- Diffuser le plan stratégique à l'ensemble des membres du CII
- Travailler à apprécier la qualité des soins au sein du CHU Ste-Justine
- Élaborer un tableau de bord pour suivre les indicateurs pertinents à la réalisation du mandat et en lien avec le plan stratégique du CII
- Développer des partenariats internes et externes pour réaliser le mandat du CII
- Augmenter sa visibilité et les stratégies de communication pour tous les membres du CII
- Revoir le programme des présentations infirmières du CII
- Travailler en collaboration avec le CECII du CHUM

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Pour l'année 2015-2016, deux recommandations ont été faites par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité. Une recommandation a été adressée à la Direction de la qualité sécurité et risques et a fait l'objet d'un suivi immédiat.

La deuxième recommandation était adressée à la Direction des soins infirmiers et à la Direction de la qualité sécurité et risques. En collaboration avec les deux directions, le suivi a été fait et a donné lieu à une démarche d'amélioration. Des audits ont eu lieu en juin 2015 et les deux directions ont répondu aux exigences du Comité de vigilance et de la qualité.

En ce qui concerne les autres rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus examinés par le comité et les suites ou améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration à l'égard de ces conclusions, il n'y en a pas eu en 2015-2016.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET ÉTHIQUE

Composition du comité

Louise Champoux-Paillé, présidente

Hélène Desmarais

Michel Lamontagne

Matthew Pearce

Fabrice Brunet, président-directeur général CHUM-CHUSJ

Isabelle Demers, présidente-directrice générale adjointe CHU Sainte-Justine

Le comité a tenu une rencontre et a procédé à l'analyse du Règlement de régie interne du Conseil d'administration.

Mandat du comité

Le règlement du comité sera revu en juin 2016

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gestion des risques :

- Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance :
 - Diminution des infections nosocomiales pour l'ensemble de l'organisation
 - Présence de Legionella dans l'eau domestique
- Les recommandations et le suivi effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales :
 - Une révision de la structure de coordination et du mandat des membres a été implantée dans la dernière année. Cette approche étant orientée sur les cibles de performance du MSSS.
 - Lors de l'épisode de contamination de l'eau par la Legionella et autres particules, le CHUSJ s'est associé à l'INESSS et à la Chaire d'eau de l'Université de Montréal pour établir les mesures de mitigation et le plan d'action. Aucun incident ayant pu affecter la clientèle ou les employés n'a été rapporté.

Les faits saillants

Les faits saillants de l'année sont présentés de façon concise. Étant donné les incidences sur l'organisation et l'atteinte des résultats, il peut être important de faire mention, s'il y a lieu, de ces éléments :

- Les nouveaux enjeux et les priorités :
 - Maintien des mécanismes de surveillance et actions correctives affectant les pratiques organisationnelles
 - Surveillance des risques environnementaux
 - Réalisation des actions découlant du plan de sécurité
- Les principales modifications apportées dans les services offerts, la gestion des risques et la qualité, les ressources humaines, matérielles et financières, etc. :
 - Pour 2015-2016 Révision des politiques et procédures suivantes :
 - Politique de gestion des mots de passe
 - Programme de prévention des chutes
 - Révision du programme de prévention et contrôle des infections
 - Politique de gestion des analyses de biologie délocalisées
 - Politique sur l'hygiène des mains
 - Pour 2015-16 Implantation des politiques et procédures suivantes :
 - Politique de l'évaluation du risque suicidaire
 - Programme clinique : évaluation du risque et prévention des plaies de pression
 - Politique de gestion des produits chimiques dangereux (SIMDUT)
 - Politique de prévention des plaies de pression
 - Politique de gestion des déchets biomédicaux infectieux



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

En juin 2015, l'Entente de gestion et d'imputabilité du CHUSJ a été signée par le président- directeur général, M. Fabrice Brunet, et entérinée par M. Michel Fontaine, sous-ministre, le 30 juin 2015.

S'appuyant sur les priorités régionales 2015-2016, les engagements de l'établissement sont regroupés sous les thèmes suivants :

- **Santé publique**
- **Déficiences**
- **Santé physique - Urgence**
- **Santé physique - Chirurgie**
- **Santé physique – Imagerie médicale**
- **Hygiène et salubrité**
- **Ressources humaines**

Notre appréciation de la performance pour l'exercice 2015-2016 s'appuie sur l'atteinte ou non de nos engagements. Cependant, nos efforts sont déployés en gardant le cap sur l'atteinte des cibles ministérielles de 2020.

Les résultats de nos indicateurs se trouvent dans le tableau ci-bas. Notre performance y est appréciée et des commentaires sont ajoutés pour notamment expliquer nos écarts.

Santé publique

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	4,1/10 000 jours-présences	100%	2,6/10 000 jours-présences	Atteinte
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	0,11/10 000 jours-présences	100%	0,11/10 000 jours-présences	Atteinte
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)	Pour les soins intensifs pédiatriques : 4,5/1 000 jours-cathéters	100%	2,8/1 000 jours-cathéters	Atteinte
	Pour les soins intensifs néonataux : 6,7/1 000 jours-cathéters	100%	3,33/1 000 jours-cathéters	Atteinte
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%	Atteinte La structure de PCI est bien en place avec : - Comité exécutif de PCI (CEPCI) - Équipe de PCI - Comité opérationnel de PCI (COPCI)

Santé physique - Urgence

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	4%	6%	5,43%	Atteinte Non atteinte
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	95%	74,3%	66,82%	Atteinte Non atteinte
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	90%	69,5%	63,18%	Voir en annexe le document PDF (cible du MSSS urgence)

Hygiène et salubrité

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100%	100%	57%	Non Atteinte Dans l'entente de gestion sur les zones grises, la dernière étape consiste à la mise en place d'un registre. Il nous a été impossible d'implanter le registre dans chacune des unités avant la fin de l'année 2015-2016. De plus, il faut mentionner que le registre est une nouvelle demande depuis 2014-2015.

Ressources humaines

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,93%	7,18%	7,12%	Atteinte
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,61%	2,78%	1,77%	Atteinte Cette cible a été atteinte sans compromettre l'offre de soins et services à travers une réorganisation du travail et une redistribution des effectifs, dans le cadre d'une gestion optimale des ressources. Par exemple, la révision du processus entourant la surveillance constante de la clientèle (service privé) a permis de diminuer de façon significative le recours à des ressources supplémentaires pour répondre à ce besoin qui, de façon générale, est maintenant assumé par l'équipe de soins. De plus, il faut souligner la collaboration des équipes à la répartition de la charge de travail, afin d'éviter des coût de temps supplémentaire.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	0,98%	0,95%	0,95%	Atteinte

Santé physique - Imagerie médicale

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'examens diagnostiques	100%	90%	85,26%	Non atteinte Notre écart s'explique par une augmentation dans le secteur de résonance magnétique due à une augmentation de demandes majoritairement en provenance du Childrens et CISSS de Laval. Au niveau du Doppler, les requêtes considérées hors délai sont en fait des patients qui ne se sont pas présentés à leur rendez-vous, malgré les relances.

Déficiences

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'exa 1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standarts du plan d'accès aux services - Tous les groupes d'âges - Tous les niveaux de priorité	N/A	90%	93,85%	Atteinte

Santé physique - Chirurgie

Indicateurs	Cible MSSS 2020	Engagements CHUSJ 2015-2016	Réel CHUSJ 2015-2016	Commentaires
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an	0%	10%	10%	Au cours de la dernière année, le bloc opératoire a réussi à reprendre son rythme de croisière avec davantage de salles d'opération ouvertes. La disponibilité des soins intensifs a permis d'augmenter le nombre de chirurgies majeures avec besoin d'hospitalisation. Le nombre d'heures en temps opératoire, le nombre de chirurgies avec hospitalisation et le nombre de salles ouvertes ont progressé. Une légère diminution de notre liste d'attente pour les patients en attente depuis plus d'un an est signalée.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90%	90%	100%	Atteinte
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100%	100%	100%	Atteinte

ANNEXE

ENTENTE DE GESTION (chap. III)

Chapitre III
Les attentes spécifiques
2015-2016

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section I	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	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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 : Antonio Bucci

Date : 2016-08-10

(aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement des résultats</i>
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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 : Antonio Bucci

Date : 2016-08-10

(aaaa-mm-jj)

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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 signées avec les autres établissements, le cas échéant	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> 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 %.

3.4 En cours de réalisation (40%), l'entente formelle signée à ce jour : pour les aides techniques le CIUSSS Montérégie-Centre, pour les écoles la Commission scolaire de Montréal et Commission scolaire de Laval
 Les ententes en cours d'élaboration: CIUSSS de l'Est, CIUSSS du Centre Sud de Montréal, CIUSSS du Nord de Montréal, CIUSSS Centre-Ouest.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

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

Formation des intervenants selon la Loi 2 : complétée
 Révision du code d'éthique : en cours (*)
 Politique de soins de fin de vie : accepté par comité de direction en attente d'approbation du C.A
 Politique de soins palliatifs : accepté par comité de direction en attente d'approbation du C.A
 Protocole de sédation continue : accepté par le CMDP
 Nomination du registraire des DMA : complétée
 (*): Le CHUSJ profite de l'exercice pour revoir en profondeur le code d'éthique de l'établissement.
 L'exercice va donc au-delà des exigences de mise à jour. De fait une large consultation auprès des équipes est en cours et la production (version préliminaire) est prévue pour la fin de l'automne.

COMPLÉTÉ À 90 % ÉCHÉANCIER: AUTOMNE 2016

Nom du responsable : Antonio Bucci	Date : 2016-08-10	<i>(aaaa-mm-jj)</i>
---	--------------------------	---------------------

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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 : Antonio Bucci	Date : 2016-08-10 (aaaa-mm-jj)
---	---------------------------------------

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Bilan des activités	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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 : Antonio Bucci	Date : 2016-08-10 (aaaa-mm-jj)
---	---------------------------------------

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

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

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> 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 : Antonio Bucci	Date : 2016-08-10 (aaaa-mm-jj)
------------------------------------	--------------------------------

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	Technologies de l'information
------------------	--------------------------------------

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

8.3.2

Le CHUSJ collabore aux besoins N'étant pas un établissement de première ligne, le CHUSJ ne soutient pas directement le déploiement

8.7:
Déploiement actif

COMPLÉTÉ À 60 % ÉCHEANCIER, 30 SEPTEMBRE 2016

Nom du responsable : Antonio Bucci

Date : 2016-08-10

(aaaa-mm-jj)

ANNEXE

CIBLE DU MSSS URGENCE

DOCUMENT EN ANNEXE DE LA PAGE 28 : SANTÉ PHYSIQUE-URGENCE.

Montréal, le 12 mai 2016

Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Objet : Cibles du MSSS concernant l'Urgence du CHU Sainte-Justine
entente de gestion 2016-2017**

Madame, Monsieur,

Comme nous ne partageons pas les cibles du MSSS, merci de prendre en considération les explications suivantes. Durant l'année 2015-2016, il y a eu 83 271 visites à l'Urgence, soit une augmentation de 10% par rapport à l'an dernier. Nous avons tout de même été en mesure d'atteindre et même d'améliorer notre cible de DMS des patients civils. Notre cible pour l'année 2015-2016 était de 6 heures et nous l'avons améliorée, avec un résultat de 5.43 heures. Pour la cible de cette année à 5 heures, il sera très difficile de l'atteindre même avec nos projets et surtout si nous avons encore le même volume de visites. Il sera toutefois possible de maintenir cette cible.

Pour ce qui est du «% Patients / Délai PEC moins de 2 heures», nous n'avons pas atteint notre cible, qui était de 74.3%, avec un résultat de 66.82%. Pour ce qui est du «% Patients ambulants durée moins de 4 heures», nous n'avons pas été en mesure d'atteindre notre cible de 69.5%, avec un résultat de 63.18%. Avec notre taux d'occupation très élevé et nos projets en cours, nous croyons que la cible de 80% aux 2 indicateurs pour cette année n'est pas réaliste. C'est pour cette raison que nous avons suggéré 70%. Non seulement nous n'avons pas atteint les cibles de l'an dernier, mais on nous demande une amélioration de plus de 10% de notre réel de l'année 2015-2016. De plus, certains éléments liés à la clientèle pédiatrique, comme l'obtention d'une analyse d'urine chez un enfant de moins de 5 ans, par exemple, prend déjà plus de 2 heures.

Le Service des urgences du CHU Sainte-Justine travaille activement à réduire la clientèle P5, en collaborant notamment avec le Centre d'Activités Réseau (patients réorientés vers une clinique du réseau), avec une moyenne de 1000 patients réorientés annuellement et ce, depuis 2011. L'Urgence poursuit la Clinique de soins mineurs, qui utilise de manière novatrice les ressources humaines (par l'intégration des infirmières auxiliaires dans ce secteur de l'Urgence). Elle continue également le «Fast Track», qui est un moyen de faire voir des patients par un médecin directement au triage.

La Clinique des soins mineurs et le «Fast Track» servent à rediriger des patients moins urgents, soit P4-5, à même notre Urgence, dans le but

d'atteindre notre cible de «% Patients ambulants durée moins de 4 heures» (projection de 7 % d'amélioration).

Depuis tout dernièrement, nous avons développé le fonctionnement «RAZ» (zone d'évaluation rapide), afin de désengorger la salle d'observation et d'améliorer la prise en charge des P3, dans le but de promouvoir notre mission principale, qui est de soigner les patients les plus malades. Nous améliorons ainsi notre «% Patients / Délai PEC moins de 2 heures» (projection de 5% d'amélioration). Ce nouveau fonctionnement contribuera également à maintenir la DMS des patients civières.

De plus, nous avons développé le «P2 rouge», qui consiste à prendre en charge certains patients qui ne sont pas des P1, mais qui nécessitent une intervention rapide et une prise en charge totale (examens radiologiques, installation de voie veineuse et antibiotiques), le tout en moins d'une heure. Le «P2 rouge» contribuera pareillement à améliorer notre «% Patients / Délai PEC moins de 2 heures» et de maintenir la DMS civière.

Nous travaillons au maintien de notre plan de main-d'œuvre, qui compte environ 110 000 heures travaillées avec une présence constante des médecins (soit de 5 médecins de jour et soir et 1 la nuit), mais il faudra réfléchir à de nouvelles stratégies au niveau de la gestion des ressources humaines si nous voulons atteindre les cibles proposées par le MSSS.

Vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien porter aux présentes explications de notre réalité, veuillez recevoir l'assurance de nos sentiments les meilleurs,



Antonio D'Angelo MD, FRCPC
Chef medical du service d'urgence



Yannick Payer
Responsable du plateau
ambulatoire-urgence



Isabelle Demers
Présidente-directrice générale adjointe



LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

L'AGRÉMENT

Au cours de l'année 2015-16, deux organismes d'accréditation (Agrément Canada et Santé Canada) ont visité le CHUSJ :

- Pour 2015-2016 : Agrément Canada a reconnu quatre pratiques exemplaires au CHUSainte-Justine.
- Janvier 2016 : Visite de la FACT (Foundation for the accreditation of cellular therapy) – confirmation de l'accréditation sur preuves, pour la fin avril 2016
- Décembre 2015 : visite d'Agrément Canada – confirmation de l'accréditation pour 4 ans sur preuves, d'ici le 11 mai 2016. Le CHUSJ a reçu le statut « agréé ». L'établissement doit fournir d'ici le 11 mai 2016, des preuves indiquant que l'organisme s'est conformé à des exigences de principaux tests de conformité se rattachant à certaines pratiques organisationnelles requises (POR). L'établissement doit également fournir, d'ici le 11 mai 2017, des preuves indiquant que l'organisme s'est conformé à des exigences des tests de conformité secondaires qui se rattachent à certaines POR.
- Visite de Santé Canada :
 - Juillet 2015 : Commission canadienne de sûreté nucléaire – programme conforme
 - Juillet 2015 : Programme de thérapie cellulaire – programme conforme
- Visites de trois ordres professionnels :
 - Mai 2015 : Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec : conformité de pratique sur preuves d'implantation du programme sur le tabagisme. Plan d'action reçu et conforme aux exigences de l'OPIQ
 - Juillet 2015 : Ordre des pharmaciens du Québec : conformité de pratique sur présentation d'un plan de modernisation des installations. Plan de modernisation déposé et conforme aux exigences de l'OPQ
 - Octobre 2015 : Ordre des chimistes du Québec : conformité de pratique sur présentation de preuves affectant l'environnement (programme SIMDUT). Preuves déposées et conformes aux exigences de l'ordre.

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'établissement énonce :

- Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents
 - Pour l'année 2015-2016, plus de 6000 rapports AH-223 ont été produits et documentés au CHUSJ. Parmi ce nombre, le département de gestion des risques a produit 24 rapports d'enquêtes documentées nécessitant une analyse des modes et des défaillances.
 - De plus, la Direction qualité, sécurité et risques a contribué au développement et à l'implantation du programme SIMDUT et mis en place une vigie sécurité pour l'environnement des laboratoires cliniques de recherche.
- En matière de divulgation, la Direction qualité, sécurité et risques avait priorisé des actions afin d'atteindre une cible de conformité de 100% pour les événements de catégorie E1 et plus.
 - Pour l'année 2015-16 :
 - Pour les événements E1 et plus :
 - ▲ Pour le 3^e trimestre de l'année : taux de conformité de 85%
 - ▲ Pour le 4^e trimestre de l'année : taux de conformité de 97%
 - Enfin, la Direction qualité, sécurité et risques a assumé son mandat de soutien et d'accompagnement.
- Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers 9art. 118.1 LSSSS
 - Le CHUSJ est demeuré conforme dans sa pratique et aucun incident particulier n'a été reporté.
- Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner
 - Aucun rapport du coroner dans la dernière année.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

Le nombre de mises sous garde préventive ou provisoire

- une garde préventive
- 0 provisoire

Le nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil

- trois gardes autorisées

Le nombre de demandes de mises sous garde présentées au tribunal par l'établissement

- trois gardes présentées au Tribunal

Le nombre d'usagers différents visés pas une mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée

- trois usagers différents

Veillez prendre note :

Les informations données ne concernent que les demandes qui ont été saisies pas le Bureau des affaires juridiques.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

1. Mot du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Tel que prévu aux alinéas 9 et 10 de l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), voici le bilan annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (commissaire). Ce rapport annuel s'inscrit dans une perspective de reddition de compte au conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire Ste-Justine (CHUSJ) et le Centre Réadaptation Marie-Enfant (CRME). Celui-ci témoigne du travail des commissaires visant à assurer à tous les usagers et à leurs familles le respect de leurs droits et la qualité des services auxquels ils peuvent s'attendre. Ce rapport annuel est public et accessible à tous sur le site internet du CHU Sainte Justine. Il constitue une source d'information sur le type de plaintes et leurs règlements, et ce, dans le respect de la confidentialité des usagers et des familles qui se sont adressés au commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Le commissaire examine les situations portées à son attention avec impartialité. Cependant, les situations ne font pas toutes l'objet de mesures correctives car il ne faut jamais perdre de vue que la médiation et conciliation entre les familles et les équipes est une partie importante du travail du commissaire. De plus, il faut souvent expliquer les raisons d'un refus de service ou fournir de l'information supplémentaire qui a été mal comprise par l'utilisateur, les familles vivant des situations de stress liées à la santé de leur enfant ou encore à une grossesse ou à un accouchement difficile. La préoccupation constante est de tenter de maintenir une relation de confiance avec l'équipe soignante, ce qui est primordial. Le travail quotidien du commissaire comporte plusieurs rencontres avec les médecins, les gestionnaires, les chefs de service ainsi que des membres du personnel pour dénouer des situations de désaccord et d'incompréhension.

Le travail du commissaire ne pourrait se faire sans l'excellente collaboration des différentes directions, des chefs de service, des professionnels, des médecins, des infirmiers/infirmières, des aides-chefs (AIC) et aussi des assistants administratifs. D'ailleurs, leur ouverture et leur engagement témoignent de leur préoccupation envers la qualité des soins offerts, une approche centrée sur le patient et le respect des droits des usagers. Des rencontres régulières sont faites avec les directions et servent à échanger sur les différentes problématiques, les pistes d'amélioration à apporter en lien avec les insatisfactions et les obligations de l'établissement par rapport aux services offerts aux usagers. Ces rencontres, ainsi que le lien étroit avec le comité des usagers de l'établissement permettent d'avoir un portrait plus juste des problématiques vécues par les usagers ainsi que des mesures d'amélioration à apporter.

En 2015-2016, la commissaire Madame Andrée Norman a quitté ses fonctions après une productive carrière et un dévouement marqué auprès des usagers et des équipes du CHUSJ et CRME. Pendant plusieurs mois, la commissaire adjointe Madame Dominique Beaulieu, a assuré l'intérim avec brio avant de prendre sa retraite. Au nom du CHU Sainte-Justine et Centre de réadaptation Marie-Enfant, je tiens à remercier Mesdames Norman et Beaulieu pour leur confiance dans la rédaction de ce rapport qui, je l'espère, saura transmettre l'essentiel des efforts qu'elles ont déployés au cours de l'année 2015-2016.

Le commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

MADAME PASCALE VALOIS

2. FAITS SAILLANTS

Le format du rapport annuel 2015-2016 a changé à la demande du Ministère de Santé et Services sociaux. Ce nouveau format offre une différente perspective du bilan des activités du commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CHUSJ et CRME. Les faits saillants sont présentés de façon à offrir au conseil d'administration des informations qui seront utiles pour comparer les activités de 2015-2016 avec celles des années précédentes.

Pour l'année 2015-2016, on note une croissance de plus de 30% des demandes reçues au commissariat aux plaintes. Ces demandes portent sur divers motifs d'insatisfaction envers les soins ou services du CHUSJ et CRME. Le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) utilisé par le commissariat requièrent que les motifs de ces demandes soient classés selon des catégories distinctes : l'accessibilité, les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles, l'organisation du milieu et des ressources matérielles, les aspects financiers. La distribution des demandes faites au commissariat est illustrée dans le tableau suivant :

974 DEMANDES REÇUES AU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

433 motifs de plainte
5 motifs d'intervention
151 consultations
385 assistances

ÉGALEMENT

18 activités liées aux autres fonctions du commissaire

433 MOTIFS DE PLAINTES ET 5 MOTIFS D'INTERVENTION

85 sur l'accessibilité
125 sur les soins et services
101 sur les relations interpersonnelles
49 sur l'environnement et ressource matérielle
32 sur l'aspect financier
45 sur les droits particuliers
1 autre

151 MOTIFS DE CONSULTATION

20 sur l'accessibilité
9 sur les soins et services
24 sur les relations interpersonnelles
11 sur l'environnement et ressource matérielle
12 sur l'aspect financier
69 sur les droits particuliers
6 autres

385 MOTIFS D'ASSISTANCE

200 sur l'accessibilité
21 sur les soins et services
5 sur les relations interpersonnelles
29 sur l'environnement et ress. matérielle
17 sur l'aspect financier
111 sur les droits particuliers
2 autres

18 AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

2 activités de promotion et d'information
9 collaborations au fonctionnement du régime des plaintes
5 activités reliées au comité de vigilance et de la qualité
2 communications au conseil d'administration

Quatre usagers ont exercé leur recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen tandis qu'un seul usager a demandé une étude en deuxième instance de sa plainte médicale par le comité de révision. Finalement, les médecins examinateurs ont, pour leur part, reçu 43 dossiers de plaintes médicales en 2015-2016.

3. PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

La première partie de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)¹, sous le titre des droits des usagers, consacre plusieurs chapitres au régime d'examen des plaintes. Ce régime permet à l'utilisateur, ou à son représentant, insatisfait des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir, de s'adresser directement au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. De plus, le régime offre un deuxième recours à l'utilisateur non satisfait des conclusions obtenues ou délais de réponse. Ce recours s'exerce directement auprès du Protecteur du citoyen.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration et relève de ce dernier. Le commissaire est le seul responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Il doit exercer ses fonctions de façon exclusive et assurer son indépendance. À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

- Il applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers;
- Il assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique et assure de plus la promotion du régime d'examen des plaintes;
- Il prête assistance ou s'assure que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- Sur réception de la plainte d'un usager, il l'examine avec diligence;
- Au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte, il informe l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées le cas échéant, de ses recommandations;
- Il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés;
- Il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.

Le médecin examinateur est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes formulées par un usager, et, par toute autre personne qu'un usager, ou son représentant, concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident. C'est le conseil d'administration de l'établissement qui désigne le médecin examinateur dans sa fonction, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Un médecin examinateur exerce ou non sa profession dans l'établissement.

Le comité de révision constitue le deuxième palier de recours pour une plainte médicale. Un comité de révision est institué pour chaque instance locale. Le plaignant qui est insatisfait de la décision ou du traitement de la plainte médicale par le médecin examinateur peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit étudié.

¹ L.R.Q. c.S-4.2

4. BILAN DES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

4.1. PLAINTES FORMULÉES

4.1.1 PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

Une plainte est une insatisfaction exprimée auprès du commissaire, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert. Les dossiers de plaintes proviennent en très grande partie (98%) du CHUSJ en comparaison à 2% des dossiers qui proviennent du CRME.

Pour l'année 2015-2016, le nombre de dossiers de plaintes a augmenté de 18% comparative-ment à 2014-2015 (273/232). Ces dossiers cumulent au total 433 motifs de plaintes qui visent les services du CHUSJ et CRME.

Tous ces motifs de plaintes ont été traités par le commissaire à l'exception de vingt-un (21) motifs dont le niveau de traitement enregistré est « non complété ». C'est-à-dire que ces motifs ont été soit « abandonnés par l'utilisateur », que le traitement fût « cessé », « refusé » ou « rejeté sur examen sommaire » par le commissaire. Cette proportion de motifs non traités est de 4,85% (21/433) en 2015-2016. On note une baisse depuis 2014-2015 où cette proportion représente 6,15% (23/374) des motifs de plaintes. Elle était cependant de 3,92% (16/392) en 2013-2014.

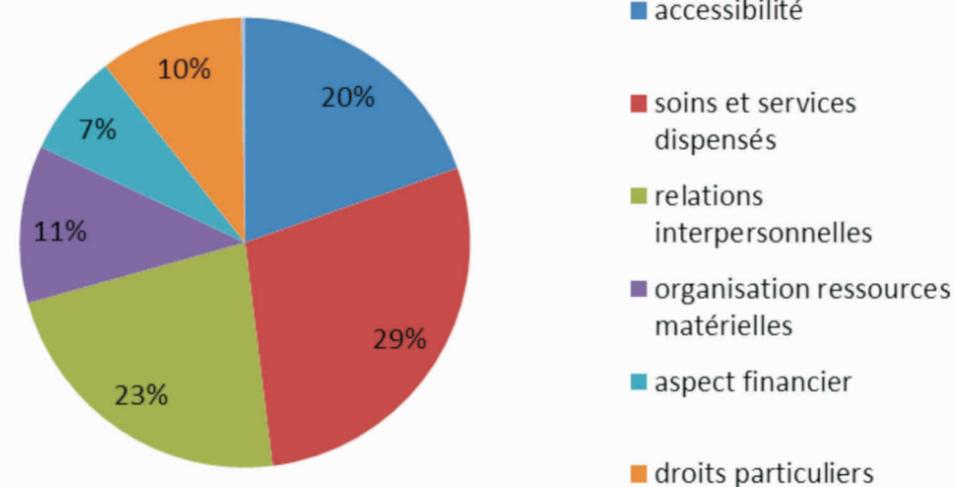
Le Protecteur du citoyen offre un recours de deuxième instance à l'utilisateur qui est insatisfait de la conclusion du commissaire. La décision du Protecteur du citoyen est finale. Seulement 4 usagers se sont adressés à cette deuxième instance au cours de l'année. Deux de ces demandes ont fait l'objet de recommandations en 2015-2016 dont un ajustement financier et l'ajout d'une formation pour les intervenants. À noter que cette formation était déjà en cours à la demande du commissaire. Dans les autres cas, le Protecteur du citoyen a entériné les conclusions du commissaire en première instance.

4.1.2 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUS

Les motifs de plaintes répertoriés sont regroupés en sept (7) catégories : l'*accessibilité*, les *soins et services dispensés*, les *relations interpersonnelles*, l'*organisation du milieu et des ressources matérielles*, les *droits particuliers*, les *aspects financiers*, autres. Les 433 motifs de plaintes conclus au cours de l'année 2015-2016 sont distribués selon ces catégories :

GRAPHIQUE 1

Plaintes : distribution des motifs



Deux catégories de plaintes les *soins et services dispensés* (29%) et les *relations interpersonnelles* (23%), regroupent plus de la moitié des motifs de plaintes. Ces données représentent une augmentation pour chacune de ces catégories respectives de 19% et de 16% de plus comparative-ment à l'année précédente.

Toutefois, en 2015-2016 c'est le motif de plainte de la catégorie des *droits particuliers* qui connaît la plus grande augmentation. Cette catégorie a cru de 50% depuis l'année précédente. Les plaintes en matière de *droits particuliers* portent sur les règles d'accès au dossier et la confidentialité de celui-ci, soit que l'accès au dossier a été refusé, un renseignement a été dévoilé à l'insu de l'utilisateur ou encore que les règles d'accès sont méconnues dans certains cas. Dans la grande majorité des situations présentées, des mesures ont été identifiées et ont permis le respect des droits des usagers, dont le droit au respect de la confidentialité ou l'accès à un rapport. Les plaintes concernant les règles de confidentialité entraînent toujours des mesures administratives ou disciplinaires envers le personnel en cause. Le lien de confiance entre l'établissement et les familles repose entre autres, sur la qualité

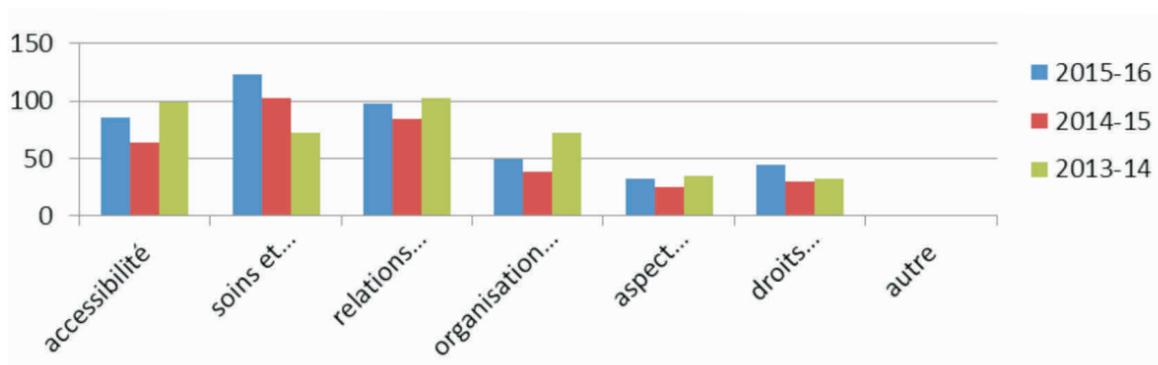
des informations offertes, la qualité des consentements obtenus et la garantie que l'on respecte la confidentialité des informations les concernant.

Cette année, l'*accessibilité* aux services représente 32% de plus de plaintes que pour l'année 2014-2015. On constate une augmentation des plaintes d'*accessibilité*, principalement pour des reports de chirurgies en raison d'un manque de places aux soins intensifs et à cause d'urgences médicales. L'accès à des services formellement requis ou l'absence de service, ou de ressource, sont aussi des motifs de plaintes fréquents.

Pour l'année 2015-2016, les insatisfactions qui touchent les *aspects financiers* ainsi que celles relatives à l'*organisation du milieu* et des *ressources matérielles* sont à la hausse avec une augmentation de 28% chacune.

GRAPHIQUE 2

Comparatif des motifs de plaintes



Certains des motifs de plainte, dont les *soins et services dispensés*, ont nécessité des actions diligentes du commissaire, particulièrement lorsque l'enfant ou la mère sont toujours hospitalisés. Des protocoles cliniques ont été revus et certaines activités professionnelles ont été ajustées pour personnaliser et adapter les soins offerts. Par ailleurs, il faut souligner la performance des équipes qui ont su agir de façon diligente concernant les soins et les services dispensés lors de l'examen d'une plainte. L'engagement des équipes démontre que l'organisation est résolument tournée vers la personnalisation des soins et la vision patient-partenaire

4.1.3 MOTIFS DE PLAINTÉ AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

À la suite du traitement d'un motif de plainte, le **commissaire** peut prendre des mesures dans le but d'amélioration de la qualité. Une mesure peut être de nature corrective et applicable immédiatement telle qu'une recommandation ou l'engagement d'un gestionnaire à changer quelque chose. Les mesures répertoriées peuvent avoir une portée « individuelle » ou « systémique ». La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière.

Au total de 187 mesures ont été recommandées par le commissaire. Plus des deux tiers (70%) de ces mesures sont à portée individuelle c'est-à-dire qu'elles visent les employés et intervenants de l'institution. La plupart des mesures visaient à informer et sensibiliser les intervenants en matière de *relations interpersonnelles* ainsi que les mesures pour l'*accessibilité* qui permettent l'obtention du service lui-même.

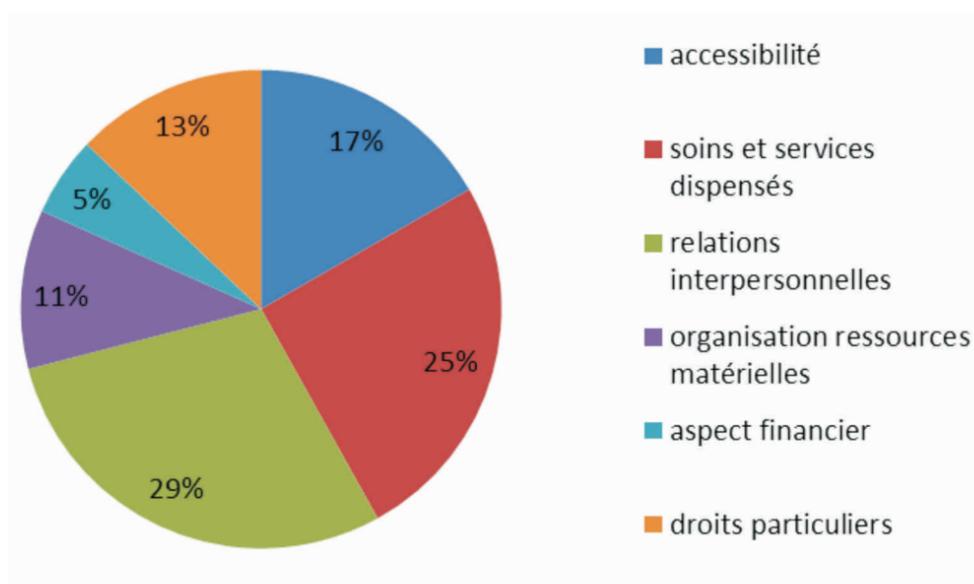
D'autre part, près du tiers (30%) des mesures sont à portée systémique et visent à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service. À cet égard, plusieurs des mesures mises en place sont des ajustements des activités professionnelles pour les plaintes de soins et *services dispensés*.

Les mesures prises par le commissaire ont toutes été entérinées par l'établissement ce qui traduit un objectif conjoint d'amélioration de la qualité de la part des intervenants et du commissaire.

Les mesures recommandées et mise en place sont réparties selon les différentes catégories de motifs préalablement identifiés. Le graphique suivant illustre la distribution des motifs de plaintes qui ont fait l'objet de mesures en 2015-2016.

GRAPHIQUE 3

Mesures : distribution par motifs



4.1.4 DÉLAIS POUR LE TRAITEMENT DES PLAINTES

Pour plus de 93% des dossiers de plaintes, l'examen a été conclu à l'intérieur des 45 jours prescrits par la LSSSS.

4.2. INTERVENTION

4.2.1 PORTRAIT DES INTERVENTIONS EFFECTUÉES PAR LE COMMISSAIRE

De façon générale l'intervention peut se définir comme une action effectuée par le commissaire pour examiner une situation qui a été portée à son attention ou, qu'il a lui-même constatée et qui n'est pas nécessairement en lien avec une plainte².

En 2015-2016, une nouvelle intervention a été amorcée sur signalement au commissaire. Une seconde intervention était déjà en cours depuis l'année précédente. Ces deux interventions effectuées se sont toutefois conclues en 2015-2016. Il s'agit d'une augmentation des années précédentes pour le CHUSJ. Le bilan des dernières années montre que peu d'interventions sont amorcées par le commissaire.

L'intervention amorcée portait sur un manque de respect envers la clientèle et des propos dénigrants tenus par un membre du personnel à leur égard. Des doutes étaient émis sur la conduite professionnelle qui n'aurait pas été conforme au programme et considérée comme étant non éthique. La décision de la commissaire d'intervenir était motivée par l'hésitation des parents à porter plainte formellement envers ce membre du personnel.

4.2.2 MOTIFS AYANT MENÉS À L'INTERVENTION DU COMMISSAIRE

Les motifs qui ont mené à l'intervention du commissaire sont relatifs aux catégories de *relations interpersonnelles* (3) et aux soins et services dispensés (2). Ces motifs font directement référence aux propos dénigrants du membre du personnel visé, ainsi qu'à sa conduite professionnelle non conforme au programme établi dans ce service.

4.2.3 MOTIFS D'INTERVENTION AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

Au total les cinq (5) mesures recommandées par le **commissaire**, à la suite des interventions conclues en 2015-2016, ont été mises en place par l'établissement. Trois (3) de ces mesures étaient à portée « individuelle » dans le but d'encadrer l'intervenant et de mettre en place un ajustement d'activités professionnelles. Deux (2) mesures sont d'ordre « systémique » et visent elles aussi l'adaptation des soins et services par l'ajustement d'activités professionnelles.

4.3. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

4.3.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Un usager ou son représentant peut formuler une demande d'aide et d'assistance auprès du commissariat aux plaintes. La demande d'assistance vise généralement à obtenir du commissaire l'accès à un soin et à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel de l'établissement.

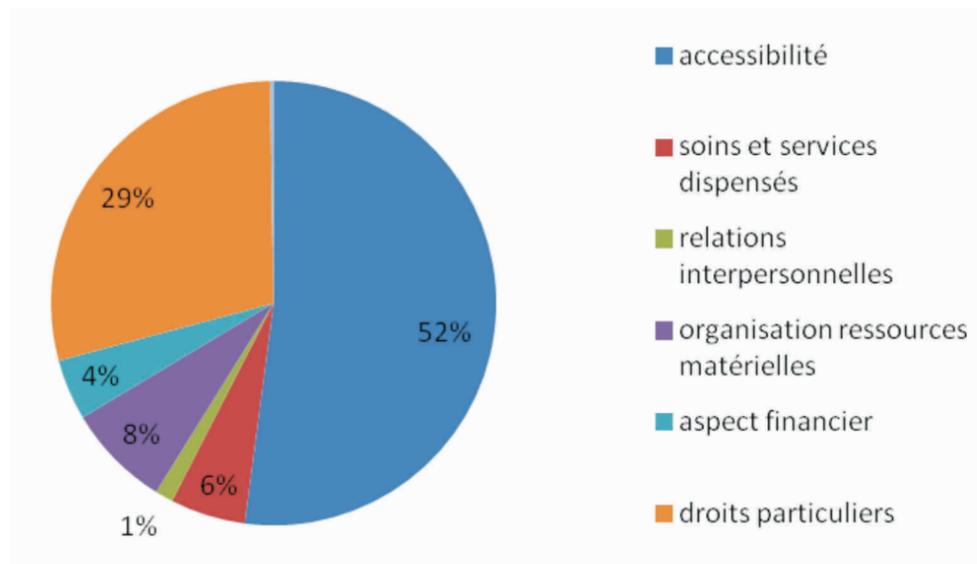
² Si l'intervention est en lien avec une plainte l'intervention ne donne pas accès au recours de 2^e instance.

Les demandes d'assistance conclues par le commissaire au cours de 2015-2016 sont au nombre de 382. Ces activités sont majoritairement (92%) des demandes d'aide concernant l'obtention de soins ou des services tandis que 8% de ces demandes d'assistance portent sur l'aide à la formulation d'une plainte. Ces proportions sont légèrement différentes pour les années 2014-2015 et 2013-2014 soit, pour chacune, 90% des demandes pour l'aide à l'obtention des soins et services et 10% pour l'aide à formulation d'une plainte.

La distribution des catégories de motifs de demandes d'assistance au commissariat en 2015-2016 est la suivante :

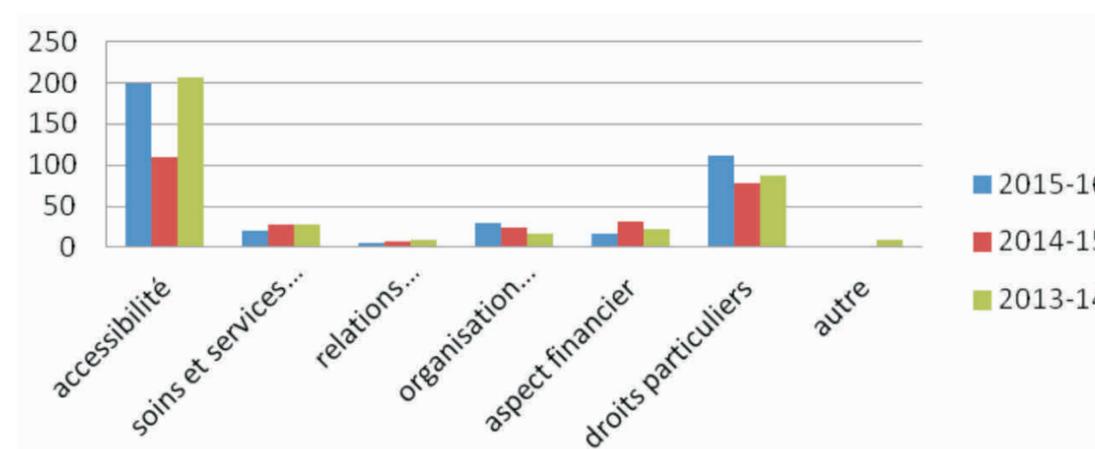
GRAPHIQUE 4

Assistance : distribution des motifs



GRAPHIQUE 5

Comparatif des motifs d'assistances



Depuis 2013-2014 les catégories plus importantes de motifs d'assistance sont l'*accessibilité* et les *droits particuliers*. Pour l'année 2015-2016, on note une augmentation, non négligeable, de plus de 80% pour l'*accessibilité* depuis l'année précédente. Les demandes qui touchent les *droits particuliers* sont en hausse de 42%.

Les demandes directement liées à l'*accessibilité* des services sont très importantes. Principalement, ces demandes sont en lien avec les difficultés éprouvées par les usagers à obtenir la ligne téléphonique d'un service dans les secteurs à haut volume comme l'imagerie médicale, le centre de prélèvement et l'obstétrique-gynécologie lors du suivi post-partum. Dans ces situations, les gestionnaires sont avisés des difficultés et la clientèle est rapidement contactée par le service. Les délais pour les rendez-vous ou le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous sont aussi de nombreux motifs de demandes d'assistances.

Les assistances demandées pour les motifs de *droits particuliers* demeurent nombreuses en 2015-2016. Elles portent principalement sur le besoin d'accompagnement des usagers dans le respect de leurs droits. Le commissariat aux plaintes leur offre généralement de l'information sur leurs droits, les recours ainsi que de l'aide dans la gestion d'une situation difficile lorsqu'ils

sentent que leurs droits n'ont pas été respectés. Les autres demandes d'assistances, pour le motif de droits particuliers, touchent surtout le droit de choisir le professionnel ou le droit de porter plainte auprès du médecin examinateur. Chaque demande d'assistance est accueillie par le commissariat. Les usagers sont informés, orientés adéquatement et accompagnés afin d'obtenir les soins, les services dans le respect de leurs droits.

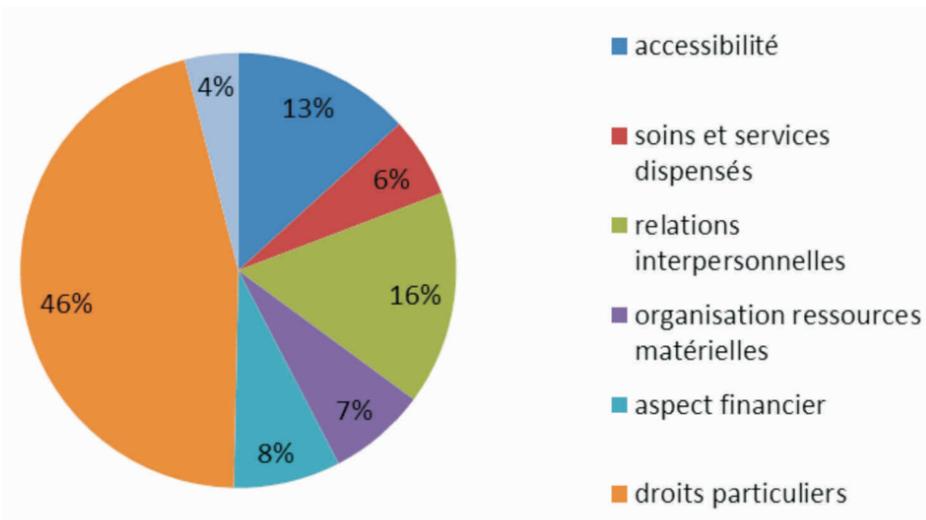
4.3.2 DEMANDES DE CONSULTATION

Les demandes de consultation sont des demandes d'avis ou de conseils qui portent notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers ou l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes proviennent surtout des gestionnaires ou des professionnels du CHUSJ ou du CRME.

Cent cinquante-trois (153) demandes de consultation ont été effectuées en 2015-2016 et elles se répartissent selon les catégories de motifs de la façon suivante:

GRAPHIQUE 6

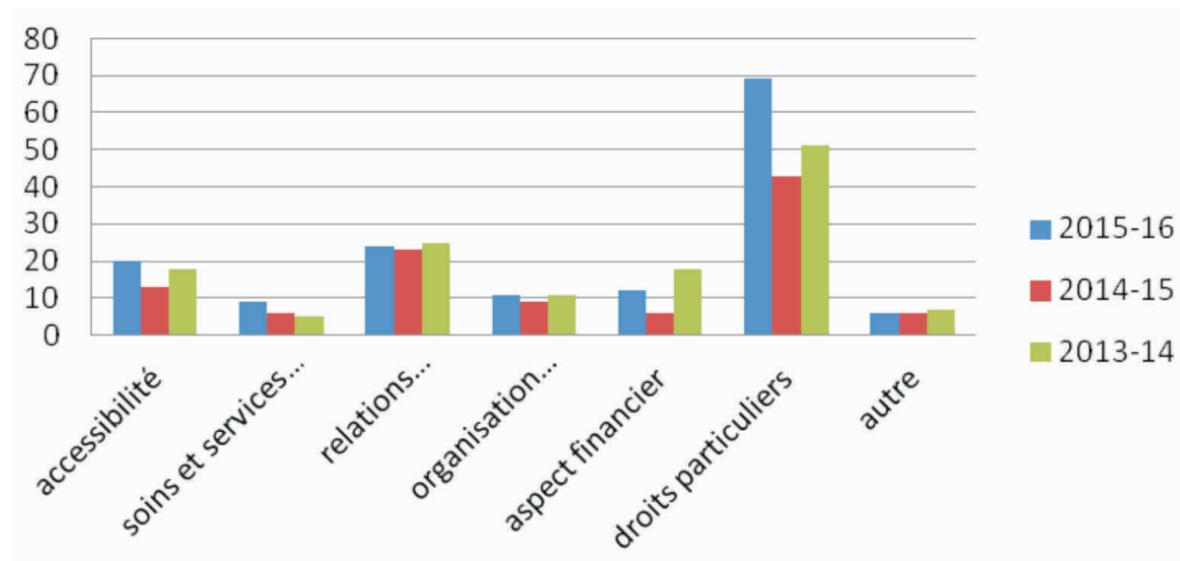
Consultations : distribution des motifs



Plusieurs consultations sont au sujet des droits des usagers et des relations avec les familles. Ceci pourrait laisser entrevoir un développement de la culture des droits des usagers au sein de l'établissement. Ce sont les gestionnaires et les médecins qui s'adressent au bureau du commissaire afin d'avoir des conseils et de valider leur approche avec les familles principalement en lien avec les droits des usagers. Dans le cadre de ces consultations, le commissaire s'assure de préserver le droit des usagers de porter plainte. En outre, l'approche privilégiée est que le chef de service ou d'unité tente de régler la situation dans un premier temps. Ses démarches donnent souvent lieu à un engagement ce qui est plus valorisé qu'une recommandation du commissaire. Dans les cas où il ne peut y avoir règlement, les usagers et leurs familles sont invités à s'adresser au commissaire pour exercer leur droit de porter plainte.

GRAPHIQUE 7

Comparatif des motifs de consultations



4.3.3 AUTRES ACTIVITÉS

D'autres activités sont liées aux fonctions du commissaire notamment des activités de promotion et d'information ainsi que des collaborations au fonctionnement du régime des plaintes. Des activités ont aussi lieu avec le comité des usagers, le comité de vigilance et de la qualité en plus des communications avec le conseil d'administration.

Le nombre de ces activités a chuté considérablement cette année passant de 49 (2014-2015) à 18 activités (2015-2016). La période d'intérim au poste de commissaire est une explication probable de cette décroissance.

Le commissaire a participé à chacune des réunions du **comité des usagers** et un soutien est apporté aux membres de ce comité. À ces rencontres, le commissaire dresse un bilan du nombre de plaintes et partage avec ses membres des informations de nature non confidentielles sur les problématiques importantes. Ces rencontres permettent d'identifier certaines problématiques et d'explorer des pistes d'amélioration face à certaines pratiques. Ces échanges permettent au commissaire de prendre connaissance des enjeux du comité des usagers et le point de vue de ses membres sur la qualité des services rendus par l'établissement.

Le **comité de vigilance et de la qualité des services** a la responsabilité d'assurer le suivi de l'ensemble des recommandations faites à l'établissement par différentes instances. Ceci inclut notamment les recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, du médecin examinateur ou du Protecteur du citoyen. Ces recommandations découlent de l'analyse et des conclusions apportées à la suite du traitement de chaque motif de plainte et visent l'amélioration de la qualité des soins et services.

Le comité de vigilance, à la suite de la dissolution du conseil d'administration en avril 2015, a mis en place un comité de travail constitué des membres du comité vigilance dûment mandaté. Ce comité de travail a tenu trois rencontres au cours de l'année. Le plan d'action annuel développé préalablement par le comité de vigilance pour 2015-2016 a été maintenu³. Ce comité de travail a poursuivi toutes les activités énoncées au plan d'action. De façon générale, les activités réalisées lors de ces rencontres sont :

- Suivi des recommandations du commissaire, du médecin examinateur et du Protecteur du citoyen;
- Portrait des plaintes et assistances reçues;
- Présentation d'une histoire de cas;
- Examen d'un portrait périodique des infections nosocomiales et des incidents-accidents;
- Présentation du tableau de « suivi des organismes accréditeurs »;
- Suivi de l'état d'avancement de l'agrément Canada.

5. RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

5.1 PLAINTES TRAITÉES

5.1.1 PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUS

Le médecin examinateur est nommé par le conseil d'administration, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour examiner les plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident. Les plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident se définissent comme des insatisfactions exprimées auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Une plainte constitue également une insatisfaction exprimée quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes, une allégation d'inobservance des règlements de l'établissement, de non-respect des termes de la résolution de nomination ou de renouvellement d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

Quarante-trois (43) plaintes médicales sont reçues cette année. Il s'agit d'une augmentation de 43%. Par ailleurs, cinquante une (51) plaintes ont été conclues durant l'exercice étant donné que 29 plaintes étaient déjà en cours d'examen au début de l'exercice en 2015-2016. Ces chiffres sont comparables aux années précédentes présentées au Tableau 1.

³ Ce plan visait à optimiser le rôle du comité dans la coordination du suivi des recommandations en regard des activités des autres instances responsables de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services rendus au sein de l'établissement.

TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE DU MÉDECIN EXAMINATEUR

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice (n)	Reçus durant l'exercice (n)	Conclus durant l'exercice (n)	En cours d'examen à la fin de l'exercice (n)
2015 - 2016	29	43	51	21
2014 - 2015	24	30	25	29
2013 - 2014	18	53	47	24

Pour l'année 2015-2016, un total de 94 motifs de plaintes a été enregistré. Six (6) de ces motifs de plaintes ont été « abandonnés par l'utilisateur » et cinq (5) « cessées » par le médecin examinateur. Aucun motif de plainte n'a toutefois été « refusé » ou « rejeté sur examen sommaire ». Il s'agit donc d'un taux de 11,7% de motifs non-traités pour 2015-2016. Ces proportions sont plus élevées que celles des années précédentes avec 8,8% (2014-2015) et 2,5% (2013-2014).

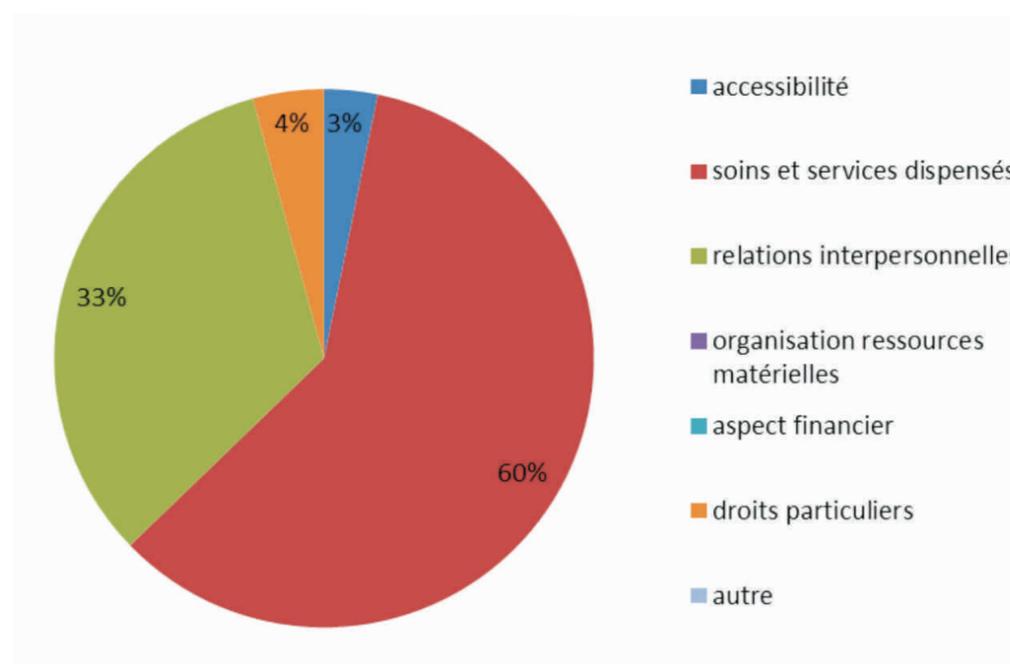
L'ensemble de ces plaintes est pour le site du CHUSJ, aucune répertoriée pour le CRME.

5.1.2 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUS

La distribution ci-dessous illustre que les catégories de motifs de plaintes médicales conclus concernent presque exclusivement les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Le comparatif des motifs de plaintes médicales (Graphique 9) présente une augmentation considérable de ces deux principales catégories de motifs de plaintes.

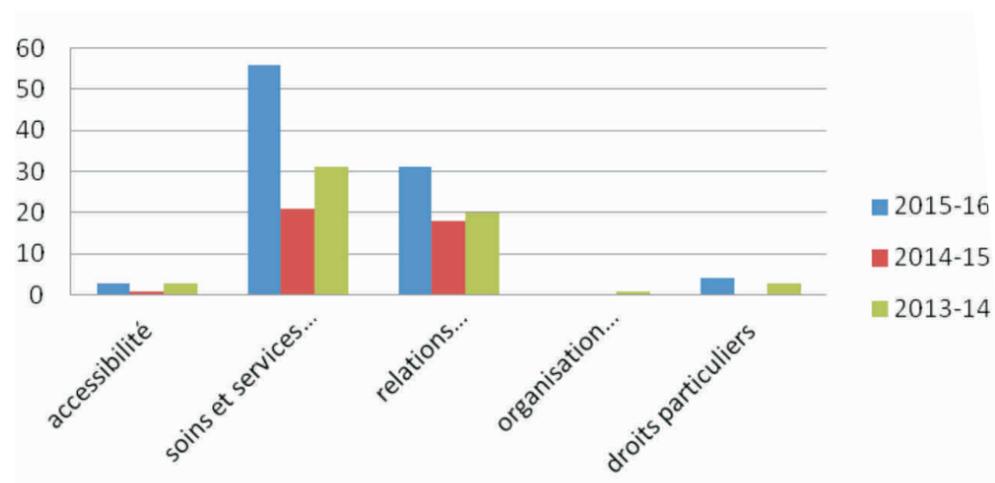
GRAPHIQUE 8

Plaintes médicales : distribution des motifs



GRAPHIQUE 9

Comparatif des motifs de plaintes médicales



Une plainte qui concerne les soins et services dispensés provient souvent d'une observation du parent envers le médecin traitant. Ces plaintes surviennent lorsque le médecin ne semble pas prendre en compte certaines informations fournies par le parent au sujet de l'état de son enfant.

Par exemple, une plainte médicale de relations *interpersonnelles* peut se présenter de la façon suivante : « Un parent considère que le médecin manque de politesse au cours d'une discussion sur le traitement du patient. Pour le parent, le médecin ne démontre aucune ouverture face aux points qu'elle apporte et sur les difficultés à appliquer le traitement prescrit dans la réalité d'un enfant qui fréquente un CPE. Cette mère rapporte dans sa plainte qu'elle a toujours travaillé en équipe avec les médecins de son enfant, mais que ceci n'est pas possible avec l'attitude de ce médecin spécifique. La maman ajoute que son apparence n'est peut-être pas conventionnelle, mais quelle est une bonne maman qui a toujours donné les traitements à son enfant ».

5.1.3 MOTIFS DE PLAINTES AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES

Au total dix (10) mesures ont été formulées à la suite du traitement des plaintes médicales. La moitié des mesures recommandées et mises en place visent les protocoles cliniques ou administratifs pour des soins et services dispensés.

Toutes les mesures mises en place sont d'ordre « systémique » et chacune des dix mesures a été accueillie par l'établissement.

5.1.4 DÉLAIS POUR TRAITEMENT DES PLAINTES

Près du quart (24%) des dossiers de plaintes médicales furent conclus à l'intérieur des 45 jours prescrits par la LSSSS.

6. RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

6.1. DEMANDES DE RÉVISION

Le comité de révision constitue le deuxième palier de recours pour une plainte médicale. Un comité de révision est institué pour chaque établissement. L'utilisateur qui est insatisfait de la décision du médecin examinateur (plainte médicale) peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit révisé. La décision du comité de révision est finale. À la suite de son examen de plainte, le comité de révision peut effectuer différents suivis :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Demander un complément d'examen;
- Référer la plainte pour études aux fins disciplinaires;
- Recommander des mesures de réconciliations.

6.1.1 MOTIFS DES PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÉVISION

En 2015-2016, une seule plainte a été reçue au comité de révision. Les motifs pour ce dossier de révision sont relatifs aux soins et services dispensés ainsi qu'aux relations interpersonnelles.

6.1.2 CONCLUSIONS

Après l'étude du dossier, le comité a confirmé les conclusions du médecin examinateur.

L'évolution du bilan des dossiers du comité de révision marque une diminution depuis l'année précédente. Il s'agit cependant d'un faible niveau d'activité pour ce comité de façon générale.

Tableau 2 : Évolution du bilan des dossiers du comité de révision

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice (n)	Reçus durant l'exercice (n)	Conclus durant l'exercice (n)	En cours d'examen à la fin de l'exercice (n)
2015 - 2016	0	1	0	0
2014 - 2015	0	4	4	1
2013 - 2014	1	0	1	0

6.1.3 DÉLAIS POUR LE TRAITEMENT DE SES DOSSIERS

Le délai d'examen pour cette plainte est de plus de 181 jours. Ce délai se justifie par la nomination d'un nouveau conseil d'administration au CHU Sainte-Justine et conséquemment la nomination de nouveaux membres du comité de révision à la fin de l'année 2015-2016. La première rencontre du comité de révision s'est tenue en 2016-2017 pour l'étude de ce dossier.

7. ANNEXES

7.1. DÉFINITIONS DES ACTEURS DU RÉGIME

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services : Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration et relève de ce dernier. Le commissaire est le seul responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Ses principales responsabilités sont décrites aux articles 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Il doit exercer ses fonctions de façon exclusive et assurer son indépendance.

Médecin examinateur : Le médecin examinateur est nommé par le conseil d'administration, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour examiner les plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident.

Comité de révision : Un comité de révision est institué pour chaque instance locale. L'usager qui est insatisfait de la décision du médecin examinateur (plainte médicale) peut s'adresser au comité de révision pour que le traitement initial de la plainte soit révisé. La décision du comité de révision est finale.

Comité de vigilance et de la qualité des services : Ce comité a la responsabilité d'assurer le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen. Ces recommandations découlent de l'analyse et des conclusions apportées à chaque plainte. Elles sont faites dans le but d'améliorer la qualité des services.

Protecteur du citoyen : Le Protecteur du citoyen agit généralement en deuxième recours lorsque l'usager est insatisfait de la conclusion du commissaire local. Il n'intervient pas pour les plaintes médicales. La décision du Protecteur du citoyen est finale. Il peut aussi faire appel à son pouvoir d'intervention suite à un signalement d'une situation qui va à l'encontre des droits d'un usager ou qui compromet la santé et le bien-être d'un usager.

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) : Organisme communautaire qui a le mandat d'assister et d'accompagner, sur demande, les usagers qui résident dans son territoire et qui désirent porter plainte auprès d'un établissement de sa région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen ou dont la plainte a été acheminée vers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement.

7.2. TYPES DE DOSSIERS

Cinq types de dossiers sont gérés par le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Ces définitions sont particulièrement importantes puisqu'il s'agit de la base du classement des données, afin de produire une reddition de comptes significative et utile. La compréhension uniforme de ce qui se qualifie dans l'un ou l'autre des types de dossiers prend toute son importance.

Plainte : Insatisfaction exprimée auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Plainte médicale concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident : Insatisfaction exprimée auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Constitue également une plainte, une insatisfaction exprimée quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes, une allégation d'inobservance des règlements de l'établissement ou de non-respect des termes de la résolution de nomination ou de renouvellement d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

Assistance ou Aide concernant un soin ou un service : Demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant. La demande vise généralement à obtenir, du commissaire l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel de l'établissement

Intervention : Action effectuée par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement ou selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte, y compris au conseil d'administration de l'établissement, visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Consultation : Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers ou l'amélioration de la qualité des services.

Mesures : Catégorisation des activités réalisées à la suite de l'examen de la situation portée à l'attention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il peut y avoir plus d'une mesure pour chacun des motifs de plainte ou d'intervention. Une mesure peut avoir une portée individuelle ou systémique. La mesure d'ordre systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. Une mesure peut être de nature corrective et applicable immédiatement, comme une recommandation ou l'engagement d'un gestionnaire à changer quelque chose.

7.3. LISTE DE GRAPHIQUES ET TABLEAUX

GRAPHIQUE 1 : PLAINTES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	page 38
GRAPHIQUE 2 : COMPARATIF DES MOTIFS DE PLAINTES	page 39
GRAPHIQUE 3 : MESURES : DISTRIBUTION PAR MOTIFS	page 40
GRAPHIQUE 4 : ASSISTANCES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	page 41
GRAPHIQUE 5 : COMPARATIF DES MOTIFS D'ASSISTANCES	page 41
GRAPHIQUE 6 : CONSULTATIONS : DISTRIBUTION DES MOTIFS	page 42
GRAPHIQUE 7 : COMPARATIF DES MOTIFS DE CONSULTATIONS	page 42
GRAPHIQUE 8 : PLAINTES MÉDICALES : DISTRIBUTION DES MOTIFS	page 44
GRAPHIQUE 9 : COMPARATIF DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES	page 45
TABLEAU 1 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES DU MÉDECIN EXAMINATEUR	page 44
TABLEAU 2 : ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DU COMITÉ DE RÉVISION	page 46



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

Depuis janvier 2016, les soins palliatifs ont suivi huit patients en fin de vie (soit à l'hôpital ou à domicile). Il n'y a pas eu d'AMM dans l'institution. Il y a eu une sédation palliative continue, qui a conformément été rapportée au CMDP.

- Il y a eu 23 patients suivis par les soins palliatifs en fin de vie.
- Aucun patient avec aide médicale à mourir
- 2 patients avec sédation palliative continue (mais non déclaré au CMDP car avant la loi 2)



RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016					
	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	330 914	504	331 418	182	206
	2015-16	315 655	193	315 848	174	192
	Variation	(4,6 %)	(61,7 %)	(4,7 %)	(4,6 %)	(6,8 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	907 834	4 624	912 458	502	682
	2015-16	916 150	3 025	919 175	506	685
	Variation	0,9 %	(34,6 %)	0,7 %	0,8 %	0,4 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	2 197 201	84 342	2 281 543	1 170	1 647
	2015-16	2 190 093	64 131	2 254 224	1 164	1 649
	Variation	(0,3 %)	(24,0 %)	(1,2 %)	(0,6 %)	0,1 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 813 210	35 387	2 848 597	1 554	2 138
	2015-16	2 781 326	29 293	2 810 620	1 535	2 087
	Variation	(1,1 %)	(17,2 %)	(1,3 %)	(1,2 %)	(2,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	750 100	7 654	757 754	381	558
	2015-16	754 258	4 503	758 761	382	562
	Variation	0,6 %	(41,2 %)	0,1 %	0,3 %	0,7 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 307	1	10 308	6	38
	2015-16	8 869	19	8 888	5	27
	Variation	(13,9 %)	2433,3 %	(13,8 %)	(14,5 %)	(28,9 %)
Total du personnel	2014-15	7 009 565	132 512	7 142 077	3 795	5 152
	2015-16	6 966 353	101 164	7 067 517	3 765	5 104
	Variation	(0,6 %)	(23,7 %)	(1,0 %)	(0,8 %)	(0,9 %)

La cible de réduction de 1% des heures rémunérées allouée par le conseil du trésor dans le cadre de la « Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état (LGCE) a été respectée.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT EN DATE DU 31 MARS 2016

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	1	157	171	(14)
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	3	7	7	0
Équivalents temps complet (note 4)	3	4,83	4,83	0,00
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4			
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	2 233	2 222	11
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	1 336	1 335	1
- Équivalents temps complet (note 4)	7	955,26	973,73	(18,47)
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8			
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	1 249 028	1 486 031	(237 003)
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	10	681,04	813,37	(132,33)

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

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

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales



COMITÉ DE VÉRIFICATION ET COMITÉ DU BUDGET

LES ÉTATS FINANCIERS

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur 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. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires 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. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte s.e.n.c.r.l. dûment mandatée 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. La firme Deloitte s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Président-directeur général

Directeur des ressources financières et des partenariats économiques

2016.05.09

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration
du CHU Ste-Justine

Les états financiers résumés ci-joints du CHU Ste-Justine, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (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 du CHU Ste-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 17 juin 2016. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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 du CHU Ste-Justine.

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 du CHU Ste-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CHU Ste-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 17 juin 2016. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, tel qu'il est 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. De plus, le CHU Sainte-Justine a comptabilisé à titre de débiteur et de revenu un montant de 10 063 000 \$ relativement aux activités de recherche comprises dans les activités accessoires. Cette situation constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, car ce montant ne satisfait pas aux critères de comptabilisation puisqu'aucune entente n'a été conclue relativement à ce revenu de recherche et au débiteur afférent. Ainsi, les débiteurs au 31 mars 2016 ainsi que les revenus et le surplus de l'exercice, pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, devraient être diminués respectivement de 10 063 000 \$.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences d'anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CHU Ste-Justine au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette), de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L./S.N.L.

Le 21 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A119828

Résultats financiers (extraits du as-471)

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	357 198 020	335 651 173	24 366 301	360 017 474	361 033 474
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	13 471 042	11 334 520	350 191	11 684 711	13 452 525
Contributions des usagers	3	6 938 162	8 790 978	XXXX	8 790 978	7 155 249
Ventes de services et recouvrements	4	4 966 187	6 994 266	XXXX	6 994 266	7 367 243
Donations (FI:P294)	5	19 151 622	16 486 575	9 169 565	25 656 140	23 264 752
Revenus de placement (FI:P302)	6	314 861	70 824	251 679	322 503	318 139
Revenus de type commercial	7	368 976	409 927		409 927	368 508
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	36 140 532	36 917 781	113 441	37 031 222	36 188 932
TOTAL (L.01 à L.11)	12	438 549 402	416 656 044	34 251 177	450 907 221	449 148 822

ÉTAT DES RÉSULTATS (SUITE)

CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	272 551 540	285 525 189	XXXX	285 525 189	285 807 067
Médicaments	14	32 546 502	29 604 360	XXXX	29 604 360	28 689 445
Produits sanguins	15	24 011 455	22 702 463	XXXX	22 702 463	21 979 934
Fournitures médicales et chirurgicales	16	20 738 771	20 239 854	XXXX	20 239 854	20 418 050
Denrées alimentaires	17	1 200 000	1 229 765	XXXX	1 229 765	1 203 664
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1 691 364	1 329 544	XXXX	1 329 544	1 626 615
Frais financiers (FI:P325)	19	7 104 180	168 872	7 462 292	7 631 164	6 872 441
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	8 697 621	6 544 520	5 829 987	12 374 507	8 977 973
Créances douteuses	21	1 000 000	2 191 867	XXXX	2 191 867	264 310
Loyers	22	370 054	391 222	XXXX	391 222	383 550
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	19 230 097	XXXX	19 311 291	19 311 291	18 654 858
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	822 752	822 752	
Dépenses de transfert	25			XXXX		
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	49 407 818	46 669 947	1 454	46 671 401	53 293 608
TOTAL (L.13 à L.27)	28	438 549 402	416 597 603	33 427 776	450 025 379	448 171 515
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	58 441	823 401	881 842	977 307

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES RÉSULTATS (SUITE)

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P382)	1	334 181 520	335 037 551	613 622	335 651 173	338 039 734
Subventions Gouvernement du Canada (C2-P290/C3-P291)	2	13 182 240	102 371	11 232 149	11 334 520	13 164 269
Contributions des usagers (P301)	3	8 938 162	8 790 978	XXXX	8 790 978	7 155 249
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	4 966 187	8 994 266	XXXX	8 994 266	7 367 243
Donations (C2-P290/C3-P291)	5	11 840 132	9 830 938	6 655 637	16 486 575	15 986 834
Revenus de placement (P302)	6	55 000	70 824		70 824	58 760
Revenus de type commercial (P351)	7	388 976	XXXX	409 927	409 927	388 508
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	38 037 185	711 444	38 206 337	38 917 781	38 065 777
TOTAL (L.01 à L.11)	12	407 549 402	381 538 372	55 117 672	416 656 044	418 206 364

ÉTAT DES RÉSULTATS (SUITE)

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P331)	13	272 551 540	249 475 614	38 049 575	285 525 189	285 807 067
Médicaments (P750)	14	32 546 502	29 604 360	XXXX	29 604 360	28 689 445
Produits sanguins	15	24 011 455	22 702 463	XXXX	22 702 463	21 979 934
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	20 738 771	20 239 854	XXXX	20 239 854	20 418 050
Denrées alimentaires	17	1 200 000	1 229 765	XXXX	1 229 765	1 203 664
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (PB50)	18	1 691 364	1 329 544	XXXX	1 329 544	1 626 615
Frais financiers (P325)	19	400 000	168 872	XXXX	168 872	368 806
Entretien et réparations (P325)	20	3 632 641	6 544 520		6 544 520	4 064 504
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 000 000	2 191 867		2 191 867	264 310
Loyers	22	370 054	391 222		391 222	383 550
Dépenses de transfert (P325)	23					
Autres charges (P325)	24	49 407 075	27 752 368	18 917 579	48 669 947	53 292 887
TOTAL (L 13 à L 24)	25	407 549 402	381 630 449	54 967 154	416 597 603	418 098 832
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L 12 - L 25)	26	0	(92 077)	150 518	58 441	107 532

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (SUITE)

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(7 972 792)	5 380 894	(2 591 898)	(3 589 205)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(7 972 792)	5 380 894	(2 591 898)	(3 589 205)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE					
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	58 441	823 401	881 842	977 307
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 - 11 + L.05 + L.10)					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 - 11 + L.05 + L.10)	11	(7 914 351)	6 204 295	(1 710 056)	(2 591 898)
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(1 710 056)	(2 591 898)
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(1 710 056)	(2 591 898)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	24 761 701	13 827 674	38 589 375	47 230 453
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	24 494 295	1 846 130	26 340 425	29 371 488
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	35 746 784	3 910 604	39 657 388	38 786 148
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	5 259 810	(5 259 810)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	26 275 522	56 072 502	82 348 024	72 790 092
Placements de portefeuille	8		5 747 583	5 747 583	5 644 531
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	558 880	558 880	608 046
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 179 950	5 203 113	6 383 063	3 005 177
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	117 718 062	81 906 676	199 624 738	197 435 935

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE (SUITE)

PASSIFS

Emprunts temporaires (FE: P385, FI: P403)	14	18 500 000	338 932 222	357 432 222	222 411 796
Créditeurs - MSSS (FE: P382, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	35 865 995	220 111 726	255 977 721	220 469 655
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			14 536 540
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	13 389	1 255 806	1 268 995	1 548 756
Revenus reportés (FE: P280 et 291, FI: P284)	19	44 397 740	75 271 462	119 669 202	118 051 056
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	225 849 503	225 849 503	219 067 259
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	590 993	590 993	591 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	32 271 953	XXXX	32 271 953	31 511 237
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	5 761 851		5 761 851	5 339 482
TOTAL DES PASSIFS (L 14 à L 25)	26	136 810 928	862 011 512	998 822 440	833 526 771

ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(19 092 866)	(760 104 836)	(799 197 702)	(636 090 836)
---	----	--------------	---------------	---------------	---------------

ACTIFS NON FINANCIERS

Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	786 309 131	786 309 131	624 624 175
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	9 770 822	XXXX	9 770 822	6 867 547
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 407 693		1 407 693	2 007 218
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	11 179 515	786 309 131	797 487 646	633 498 938

CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(7 914 351)	6 204 295	(1 710 056)	(2 591 898)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 638-01 et 638-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(592 830 317)	(18 847 555)	(819 243 281)	(638 090 836)	(478 515 211)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(592 830 317)	(18 847 555)	(819 243 281)	(638 090 836)	(478 515 211)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		58 441	823 401	881 842	977 307
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (Fl:P421)	6	(180 000 000)	XXXX	(181 818 999)	(181 818 999)	(177 598 141)
Amortissement de l'exercice (Fl:P422)	7	19 230 097	XXXX	19 311 291	19 311 291	18 654 858
(Gain)/Perte sur dispositions (Fl:P208)	8		XXXX	822 752	822 752	
Produits sur dispositions (Fl:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (Fl:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.08 à L.13)	14	(160 769 903)	XXXX	(161 694 958)	(161 694 958)	(158 943 293)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(61 000 000)	(61 421 303)	XXXX	(61 421 303)	(60 694 958)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(6 500 000)	(5 169 448)		(5 169 448)	(6 202 583)
Utilisation de stocks de fournitures	17	61 000 000	58 518 029	XXXX	58 518 029	60 847 615
Utilisation de frais payés d'avance	18	6 500 000	5 788 970		5 788 970	6 440 277
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	0	(2 303 752)		(2 303 752)	390 351

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (SUITE)

Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(160 769 803)	(2 245 311)	(160 861 555)	(163 106 866)	(157 575 625)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(753 800 220)	(19 082 866)	(780 104 836)	(799 197 702)	(836 090 836)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	881 842	977 307
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(2 303 762)	390 351
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	822 752	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6	1 128 960	271 655
- Autres	7	2 079 861	3 359 491
Amortissement des immobilisations	8	19 311 291	18 654 858
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	215 236	121 560
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11	(65)	(43)
Subventions MSSS	12	(18 383 281)	(17 570 912)
Autres (préciser P297)	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	2 870 912	5 226 960
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	(131 696 477)	(1 202 024)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(127 943 723)	5 002 243

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(31 148 726)	(31 764 474)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L. 17 + L. 18)	19	(31 148 726)	(31 764 474)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20		
Placements de portefeuille effectués	21	(103 052)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		4 643 082
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L. 20 à L. 23)	24	(103 052)	4 643 082

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	8 921	8 921
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(1 018 236)	(1 182 968)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(4 500 000)	(6 700 000)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	190 841 434	33 433 400
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(34 777 696)	(570 963)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7		
Autres (préciser P207)	8		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	150 554 423	25 008 392
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(8 641 078)	2 889 253
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	47 230 453	44 341 200
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	38 589 375	47 230 453
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaissé	13	38 589 375	47 230 453
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14		
TOTAL (L.13 + L.14)	15	38 589 375	47 230 453

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - MSSS	1	3 031 083	17 398 388
Autres débiteurs	2	(871 240)	(4 833 323)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	(4 573)	50 439
Frais reportés liés aux dettes	4	(87 836)	(142 255)
Autres éléments d'actifs	5	(3 377 886)	(1 690 455)
Créditeurs - MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(115 162 207)	(13 828 053)
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(14 538 540)	4 710 122
Intérêts courus à payer	9	(279 781)	(200 617)
Revenus reportés	10	(1 590 575)	(4 878 528)
Passif au titre des sites contaminés	11	(7)	7
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	780 716	1 289 564
Autres éléments de passifs	13	422 389	510 709
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(131 898 477)	(1 202 024)

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	150 670 273	145 833 687
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P207)	17		

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	18	322 503	318 139
Intérêts encaissés (revenus)	19	334 864	328 464
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	7 415 983	6 750 924
Intérêts déboursés (dépenses)	21	7 695 744	6 951 541

SOMME OU AVANTAGE DIRECT OU INDIRECT REÇU PAR UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC D'UNE FONDATION.

Donations – Fondation CHU Sainte-Justine et Fondation Mélio (CRME)

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation CHU Sainte-Justine (la « Fondation ») puisque la Fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit du CHU Sainte-Justine.

L'établissement a comptabilisé une contribution de 27 219 318 \$ en 2015-2016 (25 147 413 \$ en 2014-2015) de la Fondation au cours de l'exercice. Le solde à recevoir sur cette contribution au 31 mars 2016 totalise 13 161 302 \$ (13 485 979 \$ en 2014-2015). L'actif net de la Fondation au 31 mars 2016 est 93 861 159 \$ (95 785 776 \$ au 31 mars 2015). L'établissement fournit gratuitement à la Fondation des locaux pour y loger l'administration. L'établissement et la Fondation ont convenu d'un bail pour la gestion des activités commerciales (aires de services). Un loyer est calculé selon les superficies utilisées pour les locaux du casse-croûte et l'aire de services pour un montant de 41 309 \$ (50 012 \$ en 2014-2015), et un loyer est calculé en fonction des coûts d'entretien pour les terrains de stationnement pour un montant de 42 000 \$ (24 084 \$ en 2014-2015). Les contributions servent à financer les immobilisations du CHU Sainte-Justine.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation, comme présenté à la page 200 du rapport financier annuel, se solde à 58 441 \$ et l'excédent des revenus sur les charges du fonds d'immobilisations se solde à 823 401 \$.

Du surplus de 823 401 \$ du fonds d'immobilisations, 662 356 \$ doit servir à compenser pour la dépense d'amortissement et les frais d'intérêts sur emprunts des immobilisations acquises par projets autofinancés.

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Il a pour mission d'améliorer la santé – considérée comme un équilibre physique, social et moral – des enfants, des adolescents et des mères du Québec en collaboration avec des partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche. Le CHU Ste-Justine ainsi que le Centre de réadaptation Marie-Enfant sont situés à Montréal.

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

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, a entraîné une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

L'établissement a poursuivi ses activités comme antérieurement, n'étant pas fusionné d'après l'article 8 de la loi.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures 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 aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont : la juste valeur des placements, la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés et les réclamations.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. 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 295 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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable

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

f. 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 l'établissement bénéficiaire a rencontré 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 bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, 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 rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

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 votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que 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 comme 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 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 pour lesquelles le solde doit être utilisé.

g. Revenus provenant des usagers

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

h. 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 du gouvernement du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées 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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

i. 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.

j. 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.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment 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), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

I. 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 placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille 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 créditeurs MSSS, 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.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

ii. 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.

iii. 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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

iv. Crédoiteurs et autres charges à payer

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

v. 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.

vi. 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 réfèrent. 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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

m. 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;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il 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.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

n. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre, tout autre régime.

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, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. 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. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. 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 car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. 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 congés 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 horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

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) ou 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 que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droit 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.

o. 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 AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

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.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Améliorations majeures des bâtiments	25 à 40 ans
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture 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 de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes*i. 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, au passif au titre des sites contaminés, 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.

ii. 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.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds 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 AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

iv. 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 sa 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 déficitaires.

v. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement 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 : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'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.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir. 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.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

vi. 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 l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

vii. Unités 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. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. MODIFICATIONS COMPTABLES

Pour l'exercice 2015-2016, le MSSS n'a recommandé aucune modification comptable. L'établissement n'a pas révisé pour l'exercice 2015-2016 d'estimations comptables ou corrigé des erreurs importantes dans les états financiers des exercices antérieurs.

4. 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). L'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. 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 a respecté cette obligation légale.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées par le Président-directeur général de l'établissement le 18 juin 2015, le conseil d'administration de l'établissement (selon la structure organisationnelle au 1er avril 2015) n'ayant pas été légalement constitué à la date d'adoption du budget.

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

	Budget initial \$	Modification \$	Budget final \$
Subventions MSSS	357 198 020	2 819 454	360 017 474
Subventions Gouvernement du Canada	13 471 042	(1 786 331)	11 684 711
Contribution des usagers	6 938 162	1 852 816	8 790 978
Ventes de services et recouvrements	4 966 187	2 028 079	6 994 266
Donations	19 151 622	6 504 518	25 656 140
Revenus de placement et de type commercial	683 837	48 593	732 430
Autres revenus	36 140 532	890 690	37 031 222
Total	438 549 402	12 357 819	450 907 221

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

6. INSTRUMENTS FINANCIERS**a. Impacts sur les états financiers**

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2016 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, l'état des gains et des pertes sur réévaluation n'est pas présenté.

b. 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 les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

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.

7. PLACEMENTS TEMPORAIRES

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

8. AUTRES DÉBITEURS

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

9. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

10. AUTRES 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.

11. EMPRUNTS TEMPORAIRES

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

L'établissement a des emprunts temporaires conclus avec le Fonds de financement, une partie apparentée, dont les principales conditions sont :

Description	Montant maximum autorisé \$	Taux d'intérêt au 2016-03-31	Echéance	Mode de remboursement	Date de renouvellement	Solde non utilisé au 2016-03-31 \$	Solde utilisé au 2016-03-31 \$
Marge de crédit	17 000 000	1.00%	2016-07-22	à l'échéance	2016-07-22	0	17 000 000
Billets au pair							
Env. décentralisées		1.00%	2016-12-31	à l'échéance	2016-12-31	0	16 135 737
Grandir en santé	387 117 139	1.00%	2016-12-31	à l'échéance	2016-12-31	64 320 654	322 796 485
Total	404 117 139					64 320 654	355 932 222

12. AUTRES CRÉDITEURS

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

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

13. DETTES À LONG TERME

Date	Série	Montant original \$	Taux %	Montant du versement périodique \$	Fréquence du versement	Exercice courant \$	Exercice précédent \$	
Émis	Dû							
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
13-12-20	18-12-19	B31	56 354 621	2,303	2 877 602	Annuel	50 599 416	53 477 019
14-11-10	24-09-01	B32	20 813 648	2,944	832 546	Annuel	19 981 102	20 813 648
15-11-20	20-12-01	B33	15 889 878	1,577	635 595	Annuel	15 889 878	-
15-11-20	22-12-01	B34	813 897	2,018	116 271	Annuel	813 897	-
15-12-01	22-12-01	B35	1 328 600	2,018	189 800	Annuel	1 328 600	-
15-12-01	22-12-01	B36	13 705 869	2,018	941 313	Annuel	13 705 869	-
Sous-total							102 318 762	74 290 667
Billets à terme contractés auprès du Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec								
00-12-15	15-12-01	B9	1 008 304	6,403	-	-	-	177 936
08-12-19	15-12-01	B22	23 286 980	4,138	-	-	-	16 249 262
10-05-14	16-06-01	B23	5 218 960	3,878	2 813 021	Annuel	2 813 021	3 294 209
10-05-14	34-06-01	B24	16 402 365	5,090	656 095	Annuel	13 121 892	13 777 987
10-11-02	16-06-02	B25	20 914 765	2,634	16 731 812	Annuel	16 731 812	17 568 402
10-12-01	16-06-02	B26	7 355 093	2,820	5 516 320	Annuel	5 516 320	5 884 074
11-03-28	17-12-01	B27	631 866	3,604	90 266	Annuel	180 533	270 800
11-11-11	17-12-01	B28	10 131 066	2,472	405 243	Annuel	8 510 096	8 915 338
12-12-19	19-12-01	B29	21 286 794	2,489	851 471	Annuel	18 732 379	19 583 851
12-12-19	19-12-01	B30	845 048	2,489	120 721	Annuel	482 885	603 606
Sous-total							66 088 938	86 325 465
Billets à terme contractés auprès de la Banque Nationale du Canada (partie non-apparentée)								
11-10-13	18-09-30	Eff. Énergé.	6 987 625	3,050	86 931	Mensuel	2 660 913	3 672 451
Sous-total							2 660 913	3 672 451
Débentures - Auto financement stationnement GES (partie non-apparentée)								
12-10-23	42-10-01		55 000 000	4,434	(8 921)	Annuel	54 763 587	54 754 666
Sous-total							54 763 587	54 754 666
Contrats de location-acquisition (partie non-apparentée)								
13-10-15	18-09-15	Voiture	16 945	1,900	284	Mensuel	8 652	12 001
13-10-15	18-09-15	Voiture	16 945	1,900	284	Mensuel	8 651	12 000
Sous-total							17 303	24 001
Total							225 849 503	219 067 250

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2016-2017	33 819 149
2017-2018	16 490 001
2018-2019	49 724 939
2019-2020	19 661 383
2020-2021	16 074 601
2021-2022 et subséquents	90 079 430
Total	225 849 503

14. PASSIFS ENVIRONNEMENTAUX

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'un déversement accidentel lors d'un remplissage de réservoir de mazout lourd.

À cet égard, un montant de 590 993\$ \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (591 000 \$ au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation préliminaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du Ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

15. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

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	1,50 %	1,00 %
Inflation	N/A	N/A
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant détaille les composantes de la variation annuelle des provisions incluses dans le passif au titre des avantages sociaux futurs :

	Exercice courant \$				Exercice précédent \$
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	26 358 741	31 909 122	31 257 247	27 010 616	26 358 741
Assurance-salaire	3 548 103	8 538 657	8 319 719	3 767 041	3 548 103
Provision pour maladie	1 334 557	7 766 541	7 867 750	1 233 348	1 334 557
Droits parentaux	269 836	1 264 004	1 272 892	260 948	269 836
Total	31 511 237	49 478 324	48 717 608	32 271 953	31 511 237

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

16. AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

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

17. 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, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

18. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

19. 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 AS-471.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

20. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Encaisse (découvert bancaire)	38 589 375	47 230 453
Débiteurs - Agences et MSSS	26 340 425	29 371 488
Autres débiteurs	46 040 451	41 791 325
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	82 348 024	72 790 092
Placements de portefeuille	5 747 583	5 644 531
Total	199 065 858	196 827 889

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient détenus dans l'encaisse. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-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 l'exercice suivant.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada et de la Fondation CHU Ste-Justine qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

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 compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. 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, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales du Québec représentaient 10.64% pour le présent exercice et 11.82% pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

L'âge 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 non en souffrance	16 799 956	16 571 807
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	4 786 194	6 666 548
De 30 à 59 jours	498 796	834 525
De 60 à 89 jours	298 192	211 279
De 90 jours et plus	23 734 219	17 585 466
Sous-total	29 317 401	25 297 818
Provision pour créances douteuses	(76 906)	(78 300)
Sous-total	29 240 495	25 219 518
Total des autres débiteurs	46 040 451	41 791 325

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

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

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

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est essentiellement réduit au minimum puisque l'établissement s'assure de détenir majoritairement des titres émis par le gouvernement du Canada et des gouvernements provinciaux, ou par institutions financières réputées.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans le marché obligataire.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait qu'il détient des placements en obligations et billets. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis du ministre de la Santé et des Services sociaux et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

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 et le passif au titre des sites contaminés.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit renouvelables. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs, autres charges à payer et dettes non liées au MSSS sont les suivants :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
De moins de 6 mois	56 838 072	55 479 920
De 6 mois à 1 an :	530 298	548 565
De 1 à 3 ans :	1 610 381	2 114 539
De 3 à 5 ans :	(17 842)	527 897
De plus de 5 ans :	55 399 185	55 390 271
Total des autres créditeurs, autres charges à payer et dettes non liées au MSSS	114 360 094	114 061 192

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

Du montant des emprunts temporaires totalisant 357 432 222 \$, un montant de 338 932 222 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05%. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde des emprunts temporaires de 18 500 000 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05%. Ces intérêts ne sont pas pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Du montant de la dette à long terme totalisant 225 849 503 \$, un montant de 168 407 700 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à des taux fixes. Les intérêts à taux fixes sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 57 441 803 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse 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.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants :

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

ii. 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	357 432 222	222 411 795
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	-	14 536 540
Dettes à long terme	225 849 503	219 067 250

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

21. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté(e) à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces 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 parties apparentées 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.

Le CHU Sainte-Justine loue des locaux au 5757, avenue Decelles, édifice appartenant à la Société québécoise des infrastructures. La durée du bail se termine le 28 février 2021. De plus le CHU Sainte-Justine a conclu un contrat de RI-RTF-RNI avec le CIUSSS Centre-Est de l'Île de Montréal, pour des services de ressources résidentielles. Les versements reliés aux obligations locatives et contractuelles sont présentés dans les engagements.

22. CHIFFRES COMPARATIFS

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

Total des charges encourues pour chaque programme-services

CHARGES PAR PROGRAMME – SERVICES NON AUDITÉS

Programmes	2016
Santé publique	627 120 \$
Services généraux	164 666
Soutien à l'autonomie	2 695 079
Déficiences physiques	22 523 479
Jeunes en difficulté	813 949
Santé mentale	5 439 300
Santé physique	248 369 947
Administration	25 142 375
Soutien aux services	26 801 924
Gestion des bâtiments et des équipements	29 052 610
Total général	361 630 449 \$

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus pour chacun des fonds (exploitation et immobilisations) et globalement. L'établissement s'est également conformé à l'obligation de ne pas encourir de déficit en fin d'exercice.

CONTRATS DE SERVICES,
comportant une dépense de 25 000 \$ ou plus,
conclus entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

Rapport annuel de gestion - LGCE/Contrats de services => 25 000 \$	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	20	1 066 068 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	40	3 486 774 \$
Total des contrats de services	60	4 552 842 \$

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

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

Note CHUSJ : Les informations transmises incluent tout type de contrats de services, dont les contrats de services conclus par le biais des groupes d'approvisionnement en commun, les contrats conclus entre établissements publics, ainsi que ceux n'impliquant aucun fonds public.



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

Année financière terminée le 31 mars 2016

Direction des ressources financières et des partenariats économiques

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 « Nature » :						
R : Réserve O : Observation C : Commentaire						
Colonnes 5, 6 et 7 : « État de la problématique »						
R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.	2012-2013	R	Aucune mesure car présentation exigée par le MSSS			NR
L'excédent des charges sur les revenus des activités accessoires du rapport financier annuel se solde à 958 615 \$.	2012-2013	R	Aucune mesure	R		
Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2006-2007 dont le solde total est de 33 444 \$ au 31 mars 2013 n'a toujours pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce contrat est lié au financement d'un serveur et de bâtiments modulaires.	2012-2013	R	Ces contrats sont terminés.	R		

<p>Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2008-2009 pour deux voitures et d'une valeur de 15 586 \$ au 31 mars 2013 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.</p> <p>Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 205 681 \$ au 31 mars 2013 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.</p> <p>Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 1 565 \$ au 31 mars 2013 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.</p> <p>Ces contrats de location-acquisition pour un total de 256 276 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.</p>					
<p>L'excédent des charges sur les revenus des activités accessoires du rapport financier annuel se solde à 164 066 \$.</p>	2013-2014	R	Aucune mesure.	R	
<p>Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591 \$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 797 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 578\$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 964 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.</p>	2013-2014	R	Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile.		PR

Des réserves figurent au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures et concernant également les débiteurs et revenus des activités de recherche	2015-2016	R	Pour les contrats conclus avec la Société québécoise des infrastructures aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS. Pour les débiteurs et revenus des activités de recherche des mesures de redressement sont en cours de réalisation.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2006-2007 dont le solde total est de 130 101 \$ au 31 mars 2012 n'a toujours pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce contrat est lié au financement d'un serveur et de bâtiments modulaires. Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2007-2008 afin de financer des appareils d'endoscopie n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le solde de ce contrat au 31 mars 2012 est de 57 429 \$. Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2008-2009 pour deux voitures et d'une valeur de 22 200 \$ au 31 mars 2001 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 332 902 \$ au 31 mars 2012 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un contrat de location-acquisition	2011-2012	C	Ces contrats sont terminés.	R		

<p>signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 2 279 \$ au 31 mars 2012 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Ces contrats de location-acquisition pour un total de 544 911 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.</p>						
<p>L'établissement n'a pas reçu de l'ASSS les analyses financières du rapport financier pour les exercices terminés les 31 mars 2009, 2010, 2011 et 2012.</p>	2011-2012	C	<p>Le MSSS ne transmettra pas d'analyse financière pour ces années.</p>	R		
<p>Le 20 avril 2012, la revue des comptes utilisateurs de l'application GRM a été complétée. Toutefois, l'objectif de cette revue était de s'assurer de la validité des comptes utilisateurs et l'assignation des privilèges d'accès aux comptes utilisateurs n'a pas été revue. De plus, bien qu'une autorisation soit nécessaire pour que le fournisseur de service Logibec accède à distance aux applications GRF et GRM, les comptes utilisateurs à hauts privilèges des applications GRF et GRM, qui sont utilisés par le fournisseur de services, ne faisaient pas l'objet de suivi afin de s'assurer que leur utilisation soit justifiées.</p> <p>D'après notre compréhension, l'application ne permet pas de générer des rapports qui contiennent l'information pertinente pour effectuer les suivis nécessaires. La direction de l'Établissement a entrepris des démarches auprès du fournisseur de service afin de développer des rapports qui permettront de faire les suivis appropriés.</p>	2011-2012	O	<p>L'assignation des privilèges d'accès a été revue.</p> <p>Un rapport de journalisation des accès est maintenant produit. Ce rapport est validé par l'officier de sécurité en technologie de l'information.</p>	R		
<p>L'excédent des charges sur les revenus des activités accessoires tel que présenté à la page 358 du rapport financier annuel se solde à 1 198 493 \$.</p>	2011-2012	C	<p>Aucune mesure.</p>	R		
<p>Des observations ont été soulevées à la direction dans le cadre de notre audit :</p> <p>1. Un délai de deux à trois semaines peut exister entre l'arrivée d'un nouvel employé et l'obtention de son compte</p>	2012-2013	C	<p>Nous sommes prêts à implanter le processus de pré-embauche (15 novembre) pour faire en sorte que les accès soient donnés plus rapidement. De plus, nous sommes en</p>	R		

<p>réseau et de son compte applicatif Gestion des Ressources Humaines – Paie (GRH/Paie) :</p> <p>a) Quand ce délai dépasse trois semaines, les employés peuvent être payés en retard;</p> <p>b) Il y a également un risque accru que les employés se prêtent leur code d'accès et leur mot de passe pour accéder au réseau et à l'application GRH/Paie afin de pouvoir travailler.</p> <p>De plus, il existe un manque de ségrégation des tâches de gestion des accès au sein de l'application GRH/Paie. En effet, les tâches d'approbation, de gestion des comptes utilisateurs d'assignation des privilèges d'accès et de révision périodique des accès sont effectuées par la même personne, soit le pilote de l'application GRH/Paie.</p> <p>Enfin, les privilèges d'accès à GRH/Paie ne sont pas révisés de façon régulière et formelle. De plus, un compte utilisateur possède des accès à hauts privilèges alors qu'ils ne lui sont pas nécessaires dans l'exercice de ses fonctions quotidiennes.</p>			<p>développement d'une application sur la Gestion de l'identité et des accès (GIA) visant le contrôle des accès à l'ensemble des systèmes informatiques.</p> <p>Cette application recevra l'information du responsable de l'identification des intervenants (officier de la sécurité des actifs informationnels).</p> <p>La GIA contrôlera les demandes d'accès aux pilotes de systèmes. Ainsi, les pilotes de systèmes seront soumis à un contrôle externe.</p> <p>Les accès à hauts privilèges ont été révisés et restreints aux employés le nécessitant dans l'exercice de leurs fonctions quotidiennes.</p>			
<p>2. Bien qu'une autorisation soit nécessaire pour que le fournisseur de service Logibec accède à distance aux applications GRF et GRM, l'accès du fournisseur à l'environnement de production est ouvert en permanence. D'après notre compréhension, l'application ne permet pas de générer des rapports qui contiennent l'information pertinente pour effectuer les suivis nécessaires. Les deux éléments suivants devraient être mis en place l'année prochaine : l'ouverture et la fermeture des ports réseau par le service informatique dans le cadre de l'implémentation de la nouvelle procédure de gestion du changement, et la journalisation sur les applications suite à la mise en place du changement demandé à Logibec et approuvé.</p>	<p>2012-2013</p>	<p>C</p>	<p>Un rapport de journalisation des accès est maintenant produit. Ce rapport est validé par l'officier de sécurité en technologie de l'information.</p> <p>La procédure sur la fermeture des ports réseau a été révisée et son application est effective.</p>	<p>R</p>		

<p>3. La politique sur la gestion des mots de passe, basée sur le cadre global de gestion des actifs informationnels n'a pas été approuvée, ni communiquée pour sa mise en application. De plus, certains paramètres de mot de passe ne sont pas configurés selon le cadre global de gestion des actifs informationnels.</p>	<p>2012-2013</p>	<p>C</p>	<p>La politique sur la gestion des mots de passe a été approuvée par le comité de direction en septembre 2013, et publiée sur l'intranet. La politique inclut toutes les recommandations de l'auditeur. La politique est appliquée depuis juin 2015.</p>	<p>R</p>		
<p>Aucune anomalie chiffrable non corrigée, toutefois certaines lacunes dans les informations à fournir ont été détectées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les informations comparatives ne sont pas présentées dans les pages ayant trait à la consolidation. 	<p>2012-2013</p>	<p>C</p>	<p>Les informations ont été présentées selon les exigences du MSSS.</p>	<p>R</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des frais reportés devraient être présentés à l'encontre de la dette et non à titre d'actif. 	<p>2012-2013</p>	<p>C</p>	<p>Les informations ont été présentées selon les exigences du MSSS.</p>			<p>NR</p>
<p>Suite à l'arrivée d'un nouveau pilote d'application GRM, les accès du pilote précédent n'ont pas été retirés causant ainsi le cumul des tâches de révision et approbations des privilèges d'accès avec la possibilité de gestion d'accès dans l'application. L'établissement a procédé à la révision des accès à GRM à deux reprises au cours de l'exercice alors que la politique de gestion des accès stipule que cette révision devrait être réalisée à trois reprises par année. De plus, la documentation des deux révisions effectuées en 2013 n'a pas été conservée.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>C</p>	<p>La problématique soulevée dans la première observation est réglée depuis l'arrivée d'un nouveau chef au Service des achats. Ce dernier approuve les privilèges d'accès dans l'application GRM et n'a pas les droits pour gérer les accès dans l'application. Il n'y a plus ainsi de cumul des tâches de révision et d'approbation des privilèges d'accès avec la possibilité de gestion des accès dans l'application.</p> <p>Nous avons révisé notre politique de gestion des accès. La révision des accès sera effectuée une fois par année. De plus, la documentation a été conservée.</p>	<p>R</p>		
<p>L'excédent des charges sur les revenus des activités accessoires du rapport financier annuel se solde à 164 066 \$.</p> <p>Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591\$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>C</p>	<p>Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile.</p>		<p>PR</p>	

<p>Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 796 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 576\$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 963 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.</p>						
<p>Les opérations non monétaires ne sont pas toutes divulguées dans l'état des flux de trésorerie</p>	2015-2016	C	Les mesures seront prises afin que l'information soit divulguée en 2016-2017			NR
Rapport à la gouvernance						
<p>Le 20 avril 2012, la revue des comptes utilisateurs de l'application GRM a été complétée. Toutefois, l'objectif de cette revue était de s'assurer de la validité des comptes utilisateurs et l'assignation des privilèges d'accès aux comptes utilisateurs n'a pas été revue. De plus, bien qu'une autorisation soit nécessaire pour que le fournisseur de service Logibec accède à distance aux applications GRF et GRM, les comptes utilisateurs à hauts privilèges des applications GRF et GRM, qui sont utilisés par le fournisseur de services, ne faisaient pas l'objet de suivi afin de s'assurer que leur utilisation soit justifiées.</p> <p>D'après notre compréhension, l'application ne permet pas de générer des rapports qui contiennent l'information pertinente pour effectuer les suivis nécessaires. La direction de l'Établissement a entrepris des démarches auprès du fournisseur de service afin de développer des rapports qui permettront de faire les suivis appropriés.</p>	2011-2012	O	L'assignation des privilèges a été revue. Un rapport de journalisation des accès est maintenant produit. Ce rapport est validé par l'officier de sécurité en technologie de l'information.	R		
<p>Un délai de deux à trois semaines peut exister entre l'arrivée d'un nouvel employé et l'obtention de son compte</p>	2012-13	O	Nous sommes prêts à implanter le processus de pré-embauche (15 novembre) pour faire en	R		

<p>réseau et de son compte applicatif Gestion des Ressources Humaines – Paie (GRH/Paie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand ce délai dépasse trois semaines, les employés peuvent être payés en retard; - Il y a également un risque accru que les employés se prêtent leur code d'accès et leur mot de passe pour accéder au réseau et à l'application GRH/Paie afin de pouvoir travailler. <p>De plus, il existe un manque de ségrégation des tâches de gestion des accès au sein de l'application GRH/Paie. En effet, les tâches d'approbation, de gestion des comptes utilisateurs, d'assignation des privilèges d'accès et de révision périodique des accès sont effectuées par la même personne, soit le pilote de l'application GRH/Paie. Enfin, les privilèges d'accès à GRH/Paie ne sont pas révisés de façon régulière et formelle. De plus, un compte utilisateur possède des accès à hauts privilèges alors qu'ils ne lui sont pas nécessaires dans l'exercice ses fonctions quotidiennes.</p>			<p>sorte que les accès soient donnés plus rapidement. De plus, nous sommes en développement d'une application sur la Gestion de l'identité et des accès (GIA) visant le contrôle des accès à l'ensemble des systèmes informatiques.</p> <p>Cette application recevra l'information du responsable de l'identification des intervenants (officier de la sécurité des actifs informationnels).</p> <p>La GIA contrôlera les demandes d'accès aux pilotes de systèmes. Ainsi, les pilotes de systèmes seront soumis à un contrôle externe.</p> <p>Les accès à hauts privilèges ont été révisés et restreints aux employés le nécessitant dans l'exercice de leurs fonctions quotidiennes.</p>			
<p>Suite à l'arrivée d'un nouveau pilote d'application GRM, les accès du pilote précédent n'ont pas été retirés causant ainsi le cumul des tâches de révision et approbations des privilèges d'accès avec la possibilité de gestion d'accès dans l'application. L'Établissement a procédé à la révision des accès à GRM à deux reprises au cours de l'exercice alors que la politique de gestion des accès stipule que cette révision devrait être réalisée à trois reprises par année. De plus, la documentation des deux révisions effectuées en 2013 n'a pas été conservée.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>O</p>	<p>La problématique soulevée dans la première observation est réglée depuis l'arrivée d'un nouveau chef au Service des achats. Ce dernier approuve les privilèges d'accès dans l'application GRM et n'a pas les droits pour gérer les accès dans l'application. Il n'y a plus ainsi de cumul des tâches de révision et d'approbation des privilèges d'accès avec la possibilité de gestion des accès dans l'application.</p> <p>Nous avons révisé notre politique de gestion des accès. La révision des accès sera effectuée une fois par année. De plus, la documentation sera conservée.</p>	<p>R</p>		
<p>La version de la base de données Oracle (9) pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée.</p>	<p>2014-2015</p>	<p>O</p>	<p>La Direction des technologies travaille actuellement sur un plan de rehaussement du serveur GRF-GRM vers la version Oracle 11.</p>			<p>NR</p>
<p>Le compte GRF appartenant à un individu, membre des groupes GRF</p>	<p>2014-</p>	<p>O</p>	<p>Les gestionnaires ont été sensibilisés au processus de</p>	<p>R</p>		

(Groupe budget, Coordonnateur des systèmes de gestion financière) a été désactivé trois mois après sa date de départ. Le pilote de l'application GRF n'a pas reçu le formulaire de retrait de la part du superviseur de l'individu, et n'a donc pu procéder au retrait en temps opportun de ces accès.	2015		retrait des accès. Nos contrôles de révision des accès nous permettent d'apporter les correctifs s'il y a lieu.			
L'Établissement ne dispose pas de processus formel de révision périodique des comptes à hauts privilèges au réseau.	2014-2015	O	Une procédure sur la révision des comptes à hauts privilèges du réseau est en cours d'implantation.		PR	
Il existe un manque de séparation des tâches de gestion des accès au sein de l'application GRH/Paie. En effet, les tâches de gestion des comptes utilisateurs, d'assignation des privilèges d'accès et de révision périodique des accès sont effectuées par la même personne, soit le pilote de l'application GRH/Paie. Enfin, les privilèges d'accès à GRH/Paie n'ont pas été révisés de façon formelle et documentée durant l'année financière.	2014-2015	O	Une revue de processus a été effectuée et une procédure écrite ainsi qu'un formulaire de demande d'accès ont été mis en place. La révision périodique des comptes utilisateurs et leurs privilèges d'accès est en cours et sera réalisée annuellement.	R		
Certains paramètres de mot de passe ne sont pas configurés selon la politique sur la gestion des mots de passe qui inclut les exigences minimales suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - « Le mot de passe doit avoir un minimum de 8 caractères. (...) » - Les mots de passe doivent être changés au moins tous les 90 jours. Lorsque les applications le permettent, le changement automatique du mot de passe devrait être activé. - Les mots de passe doivent être composés de caractères alphabétiques et non alphabétiques (chiffre et symbole). - Les mots de passe doivent être composés d'au moins une lettre majuscule. - Il est interdit d'utiliser un mot de passe utilisé récemment, à cette fin l'historique des 10 derniers mots de passe doit être conservé. » 	2014-2015	O	Les paramètres de mot de passe respectent depuis juin 2015 la politique sur la gestion des mots de passe. Cette politique traite également de la complexité des mots de passe.	R		

<p>Néanmoins, la politique ne définit pas de minimum pour le nombre de tentatives d'accès infructueuses aux systèmes avant une désactivation du compte.</p> <p><i>Pour l'application GRH et GRF :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la complexité des mots de passe ne peut pas être configurée en raison de limitation de l'application. <p><i>Pour le domaine Windows Active Directory :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la longueur minimum des mots de passe est configurée à 5 caractères; - l'expiration n'est pas activée; - l'historique des mots de passe est configuré à 5 mots de passe; - la complexité des mots de passe n'est pas activée; - âge minimum des mots de passe est configuré à 0 jour, ce qui permettrait à un utilisateur de modifier son mot de passe à plusieurs reprises dans une même journée afin de revenir à son mot de passe précédent. 					
<p>Les revues annuelles d'accès, ainsi que des privilèges d'accès, aux applications GRM et GRH-Paie, n'ont pas été effectuées durant la période audité (2016).</p>	<p>2015-2016</p>	<p>O</p>	<p>Volet GRM – La revue annuelle d'accès GRM a été amorcée en 2015-2016, mais n'a pas été complétée. Les privilèges d'accès pour les réquisitions d'achats sont en ce moment paramétrés en fonction de valeur de ligne de réquisition, et nous sommes en processus de transfert vers un fonctionnement par valeur de réquisition. Ce changement est nécessaire afin d'être en mesure de respecter les niveaux d'autorisation pour l'engagement des dépenses qui sont en cours de révision dans la nouvelle politique d'approvisionnement (adoption prévue en mai 2016). Il s'agit d'un changement important, impliquant une revue complète de tous les accès et privilèges, nécessitant de la formation et un</p>		<p>NR</p>

			<p>accompagnement personnalisé des requérants. Il n'aurait pas été pertinent de faire travailler nos gestionnaires deux fois dans un intervalle de quelques mois en partie sur le même sujet. Les rencontres avec les directions requérantes débutent en mai 2016, et nous estimons qu'elles seront terminées à l'automne 2016. Par conséquent, la revue des accès et des privilèges GRM sera finalisée d'ici la fin de l'automne 2016.</p> <p>Prendre note que la gestion des accès GRM (retrait, correction et ajout) se fait au quotidien par une ressource du Service des approvisionnements, à l'aide d'outils tels que la liste des départs acheminée par les ressources humaines.</p> <p>Volet GRH-Paie – La Direction des ressources humaines a travaillé en 2015-2016 à un nouveau processus d'attribution des accès au système GRH-Paie incluant la révision des comptes utilisateurs de l'application. Une liste des employés ayant des accès privilégiés sera transmise aux gestionnaires responsables. Le gestionnaire devra confirmer si l'information est exacte ou si des modifications sont à apporter aux accès. Les modifications seront ensuite transmises au conseiller en système d'information RH afin que les accès soient mis à jour. La documentation relative à cette révision sera conservée.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

ANNEXES

- RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHUM - CHUSJ
- CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIES
DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHUM - CHUSJ

RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHUM - CHUSJ

**Règlement proposé et adopté par le
Conseil d'administration unique
CHUM – CHUSJ**

Le 22 avril 2016

TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
SECTION 2 — CONSEIL D'ADMINISTRATION	6
SECTION 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE.....	14
SECTION 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL.....	16
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE.....	16
COMITÉ DE VÉRIFICATION	17
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	18
SECTION 5 — COMITÉS FACULTATIFS.....	23
COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	23
COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES.....	23
SECTION 6 - INSTANCES ET AUTRES COMITÉS.....	25
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	25
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	25
MÉDECIN EXAMINATEUR	26
COMITÉ DE RÉVISION.....	26
COMITÉ DES USAGERS	27
COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE.....	28
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS.....	29
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS	30
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....	30
SECTION 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR	30
SECTION 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES.....	31
SECTION 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES.....	32
SECTION 10 — DISPOSITIONS FINALES.....	34

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objet

Le présent document a pour objet d'établir le règlement interne du conseil d'administration de l'établissement, tel que stipulé au premier alinéa de l'article 106 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) (LSSSS) :

« L'établissement peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités. Il doit toutefois édicter des règlements sur toute matière déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 6° de l'article 505, lorsqu'elle relève de la compétence de l'établissement. »

Puisqu'aucun règlement n'a été adopté en vertu du paragraphe 6° de l'article 505 de la LSSSS, c'est l'article 6 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5) qui s'applique. Celui-ci prévoit notamment :

« Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris (RLRQ, c. S-5) peut adopter les règlements nécessaires pour l'exercice des responsabilités de l'établissement, et il doit adopter des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activités de l'établissement:

1° sa régie interne; (...) ».

2. Champ d'application

Le présent règlement s'applique à la régie interne du Conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine.

3. Définitions

Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions ou termes suivants signifient :

a) *Acte constitutif d'un établissement* – La loi qui le constitue, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution.

En cas de divergence entre la LSSSS et l'acte constitutif d'un établissement, y compris toute disposition applicable de la loi sous l'autorité de laquelle son acte constitutif a été accordé, la LSSSS prévaut (art. 315, al. 2, LSSSS).

b) *CHUM* – Centre hospitalier de l'Université de Montréal;

c) *CHU Sainte-Justine* – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;

d) *Commissaire* – Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services nommés par le conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine;

e) *Commissaire adjoint* – Les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services nommés par le conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine;

- f) *Conseil d'administration* – Le conseil d'administration unique CHUM et CHU Sainte-Justine, tel que défini par l'article 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* (RLRQ, c. O-7.2) et décret numéro 785-2015 du 2 septembre 2015 du Gouvernement du Québec;
- g) *CU – Comité des usagers*;
- h) *Installations* : Toutes les installations qui sont sous la responsabilité du CHUM ou du CHU Sainte-Justine;
- i) *LMRSSH – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2);
- j) *LSSSS – La Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2);
- k) *Ministre* – Le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- l) *Personne indépendante* – Une personne se qualifie comme indépendante, entre autres, 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 (art. 131, LSSSS);
- m) *Président-directeur général ou président-directeur général adjoint* – Le Président-directeur général du CHUM et du CHUSJ ou Président-directeur général adjoint du CHUM ou Président-directeur général adjoint du CHUSJ, tel que précisé aux articles 32 et 33 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, c. O-7.2);
- n) *Regroupement CHUM-CHUSJ* – Il s'agit du regroupement de deux établissements distincts sous une même gouverne. Le CHUM et le CHU Sainte-Justine préserveront ainsi leur identité respective mais relèveront d'un conseil d'administration et d'un PDG unique. Ce regroupement permettra notamment d'avoir une meilleure intégration des services afin d'assurer une continuité dans la prestation des soins lors du passage de l'enfance à l'âge adulte. Les deux établissements conserveront leur entité juridique propre ainsi que leur indépendance financière.
- o) *ROAÉ – Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5);
- p) *Séance* – Une séance régulière, spéciale ou annuelle d'information du conseil d'administration;
- q) *Séance régulière* – Une rencontre publique ou exceptionnellement à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant dans son cadre habituel, sans condition particulière, tel que convenu par résolution du conseil;
- r) *Séance spéciale* (art. 164, LSSSS) – Une rencontre publique ou à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant, en cas d'urgence et portant sur un ou des sujets précis, à un moment imprévu à l'intérieur du calendrier;
- s) *Séance annuelle d'information* – Une rencontre annuelle ouverte aux citoyens et durant laquelle les membres du conseil d'administration doivent alors présenter les renseignements contenus au rapport d'activité et au rapport financier annuel de l'établissement. Le rapport sur l'application de

la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits doit également y être présenté. Une période de questions est prévue relativement à ces rapports;

4. Primauté

En cas d'incompatibilité entre la LMRSSS, la LSSSS, l'acte constitutif ou les règlements, la LMRSSS prévaut sur la LSSSS, celle-ci prévaut sur l'acte constitutif et les règlements et l'acte constitutif prévaut sur les règlements.

5. Siège

Le siège du CHUM est établi au **850, St-Denis, Montréal**, Québec, et ce, tel que précisé à l'acte constitutif (art. 319, LSSSS).

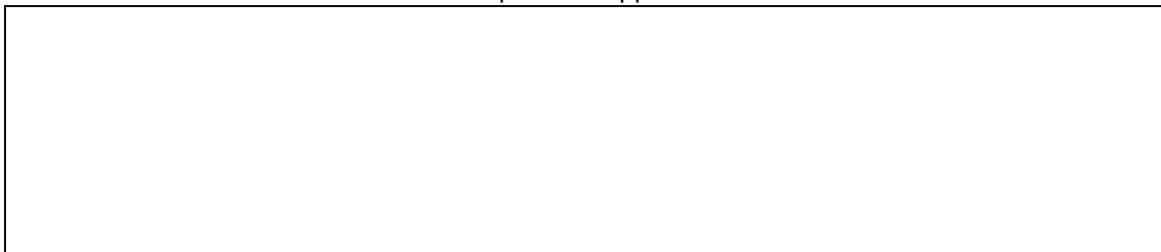
Le siège du CHU Sainte-Justine est établi au **3175 Chemin Côte Sainte-Catherine, Montréal**, Québec, et ce, tel que précisé à l'acte constitutif (art. 319, LSSSS).

6. Sceau

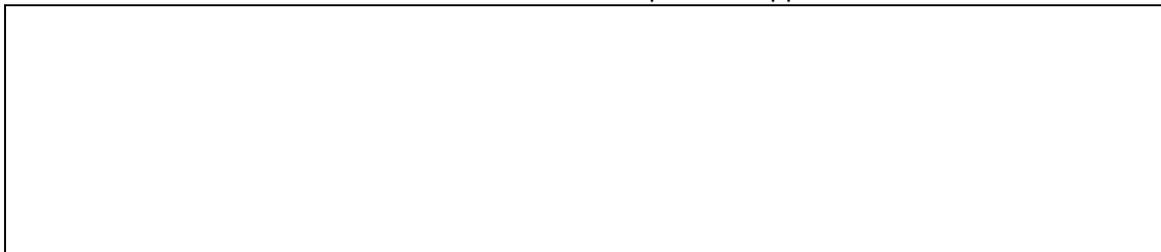
Le sceau de chaque établissement est conservé à leur siège respectif ou au lieu déterminé par résolution du conseil d'administration (art. 26, LMRSSS et art. 168, LSSSS).

Toute personne autorisée par règlement du conseil d'administration a le pouvoir d'appliquer le sceau à tout document le requérant, mais son apposition ne confère aucune valeur au document, à moins qu'elle ne soit accompagnée de la signature de la personne ou des personnes autorisées à signer tel document.

Le sceau officiel du **CHUM** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



Le sceau officiel du **CHU Sainte-Justine** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



Le sceau officiel du **Regroupement CHUM-CHUSJ** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



Section 2 — CONSEIL D'ADMINISTRATION

7. Obligation de prêter serment

À la suite de sa nomination, de sa désignation ou d'une résolution du conseil dans le but de combler un poste vacant, les membres du conseil d'administration doivent signer le formulaire « *Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration* » ayant le libellé suivant :

« Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration de (nom de l'établissement), déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, adoptés par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers _____. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions. »

7.1. Protection des membres

Le CHUM et le CHU Sainte-Justine assurent la défense d'un membre du conseil d'administration qui a agi à ce titre et qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Le paiement des dépenses, lors d'une poursuite pénale ou criminelle, des membres du conseil d'administration qui ont agi à ce titre, est remboursé, mais uniquement lorsqu'ils avaient des motifs raisonnables de croire que leur conduite était conforme à la loi ou qu'ils ont été libérés ou acquittés, ou que la poursuite a été retirée ou rejetée (art. 175, LSSSS).

Chaque établissement doit s'assurer de maintenir son adhésion auprès de la direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux de Sigma Santé ou de toute autre association reconnue par le Ministre pour négocier et conclure un contrat s'assurance de la responsabilité civile à l'avantage des établissements du réseau et pour en gérer la franchise (art. 267, LSSSS).

8. Vacance

Un membre du conseil d'administration cesse de faire partie du conseil d'administration et son poste devient vacant par suite de :

- a) son décès;
- b) sa démission dûment acceptée par le conseil d'administration;
- c) sa perte de qualité;
- d) sa destitution par le conseil d'administration pour motif d'absence non motivée;
- e) sa suspension ou révocation (art. 152, 153 et 498, LSSSS et art. 21, LMRSSS).

Toute vacance survenant au cours de la durée du mandat d'un membre du conseil d'administration est comblée pour la durée non écoulée du mandat.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration désigné, la vacance est comblée par résolution du conseil d'administration pourvu que la personne visée par la résolution possède les qualités requises

pour être membre du conseil d'administration au même titre que celui qu'elle remplace. Une vacance qui n'est pas comblée par le conseil d'administration dans les 120 jours peut l'être par le ministre.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration nommé, la vacance est comblée par le ministre qui n'est alors pas tenu de suivre les règles de nomination prévues aux articles 15 et 16. Il peut toutefois demander au président-directeur général du CHUM et du CHU Sainte-Justine de lui fournir des propositions de candidatures.

8.1. Absence non motivée

Une absence est considérée non motivée lorsque le membre du conseil d'administration ne fournit aucun motif pour la justifier, au plus tard le jour de la tenue de la séance du Conseil.

8.2. Destitution

La destitution d'un membre du conseil d'administration pour motif d'absence non motivée peut se faire après trois séances régulières et consécutives. Avant de décider de destituer un membre du conseil d'administration, le conseil d'administration doit l'aviser et lui permettre de se faire entendre ainsi que son avocat, le cas échéant.

8.3. Démission

Tout membre du conseil d'administration peut démissionner de son poste en transmettant au secrétaire du conseil un avis écrit de son intention. Il y a vacance à compter de l'acceptation de la démission par le conseil d'administration (art. 153, LSSSS et 21, LMRSSS).

8.4. Suspension et révocation

Les membres du conseil d'administration doivent respecter le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (RLRQ, c. M-30, r. 1, le « Règlement »). En cas de non-respect de ce règlement, la sanction qui peut être imposée peut aller jusqu'à la suspension ou la révocation de son mandat (art. 41 du Règlement).

9. Séances

9.1. Calendrier

Le conseil d'administration se réunit au moins six fois par année. Il doit également se réunir à la demande du président ou à la demande écrite du tiers de ses membres du conseil d'administration en fonction (art. 176, LSSSS).

Chaque année, le conseil fixe, par résolution, le calendrier des séances. Toutefois, lorsqu'une séance ne peut avoir lieu suivant ce calendrier, le conseil d'administration choisit, par résolution, une nouvelle date.

9.2. Lieu(x)

Les séances du conseil d'administration se tiennent en alternance au siège social du CHUM et au siège social du CHU Sainte-Justine, elles peuvent toutefois se tenir en tout autre lieu désigné sur le territoire des deux établissements aux endroits désignés par le conseil d'administration.

La salle où se tiennent les séances du conseil doit comprendre une section destinée aux membres du conseil d'administration et une autre, au public.

9.3. Convocation

Une séance du conseil d'administration est convoquée par le président, le président-directeur général ou le tiers des membres du conseil en fonction, pourvu qu'un avis écrit leur soit donné, ou sans avis si tous sont présents ou ont renoncé par écrit à l'avis de convocation de la séance.

9.4. Délai d'avis de convocation

Le délai d'avis de convocation d'une séance du conseil d'administration est :

- a) d'au moins sept (7) jours pour une séance régulière;
- b) d'au moins quarante-huit (48) heures pour une séance spéciale;
- c) d'au moins quinze (15) jours pour une séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS et 30, LMRSSS).

9.5. Expédition de l'avis de convocation

Tout avis de convocation peut être transmis à chaque membre du conseil d'administration, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur, par courrier électronique, via le site Web du conseil d'administration (chum.chusj.org) dans la section réservée aux membres du conseil d'administration ou, en cas d'urgence, par téléphone (art. 160 et 177, LSSSS).

9.6. Affichage de l'avis de convocation

Tout avis de convocation d'une séance doit être affiché dans les deux établissements dans un endroit visible et accessible au public, sur le site Internet de chaque établissement et peut être communiqué aux médias locaux. Cette dernière publication est obligatoire dans le cas de la tenue de la séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS).

9.7. Contenu de l'avis de convocation

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la séance. Dans le cas d'une séance spéciale, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être transigés. L'avis de convocation doit résumer la procédure à suivre lors de la période de questions ou indiquer le moyen de se la procurer.

9.8. Renonciation à l'avis de convocation

Tout membre du conseil d'administration peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une séance du conseil. Toutefois, sa seule présence à la séance équivaut à une renonciation, sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de sa convocation.

9.9. Non-réception de l'avis de convocation

La non-réception de l'avis par un membre du conseil d'administration n'invalidera pas la séance, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

9.10. Personne invitée aux séances

Peut être invitée aux séances du conseil d'administration toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations.

10. Règles de fonctionnement des séances du conseil d'administration

10.1. Caractère public des séances du conseil d'administration et des documents

Le conseil d'administration siège en séance régulière ou spéciale. Les séances du conseil d'administration sont publiques. Toutefois, le conseil peut décréter le huis clos, notamment, dans les cas suivants :

- a) lorsqu'il l'estime opportun pour éviter un préjudice à une personne;
- b) lorsqu'il délibère sur la négociation des conditions de travail.
- c) lorsqu'il l'estime nécessaire pour assurer la bonne continuité des opérations des établissements.

Les décisions prises, lors des séances tenues à huis clos, ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'elles contiennent.

Les documents déposés ou transmis au conseil d'administration et les renseignements fournis lors des séances publiques de même que les procès-verbaux de ces séances ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'ils contiennent (art. 161, LSSSS).

Les membres du conseil d'administration doivent en recevoir une copie avec l'avis de convocation. Toutefois, dans des cas exceptionnels, un document peut être déposé séance tenante.

10.2. Participation à distance

Les membres du conseil d'administration peuvent, si tous sont d'accord, participer à une séance publique du conseil à l'aide de moyens (ex. : téléphone ou visioconférence) permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux. Il doit toutefois être prévu un endroit permettant au public d'assister à la séance et de participer à la période de questions. Les participants sont réputés avoir *participé* à cette séance (art. 161.1, LSSSS).

En cas d'urgence, les membres du conseil d'administration peuvent, si le nombre de membres nécessaire au quorum est atteint et que tous y consentent, participer à une séance spéciale par voie de conférence téléphonique (art. 164, LSSSS).

10.3. Ouverture des séances

La présence du président ou du vice-président est obligatoire pour la tenue des séances du conseil.

À l'heure indiquée dans l'avis de convocation, le président ouvre la séance, à moins que le quorum ne soit pas atteint. En cas de retard, un délai maximal de trente (30) minutes est accordé après l'heure indiquée dans l'avis de convocation ou dans la proposition d'ajournement. Passé ce délai, le secrétaire dresse, à la demande du président, du vice-président ou d'un membre du conseil d'administration, un procès-verbal de l'heure, enregistre les présences et y consigne que la séance ne peut être tenue, faute de quorum.

10.4. Présidence et procédure aux séances

Le président préside les séances et est responsable de tout ce qui concerne la procédure. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes. En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du président, le vice-président préside la séance ou, à défaut, la séance est suspendue par un membre du conseil d'administration désigné par le conseil à cette fin.

Les séances du conseil d'administration traitent des dossiers du CHUM, des dossiers du CHU Sainte-Justine et des dossiers concernant le Regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine selon l'ordre prévu à l'ordre du jour.

10.5. Secrétaire

Le secrétaire ou, en son absence, un membre du conseil d'administration désigné par le conseil agit comme secrétaire.

10.6. Ordre du jour

La personne autorisée à convoquer une séance du conseil d'administration prépare l'ordre du jour. Le conseil d'administration adopte l'ordre du jour au début de la séance. Toutefois, l'ordre des sujets peut être modifié, avec le consentement de la majorité des membres du conseil présents.

L'ordre du jour d'une séance spéciale doit se limiter aux sujets inscrits dans l'avis de convocation.

L'ordre du jour d'une séance régulière du conseil doit comprendre les points suivants : l'adoption de l'ordre du jour, l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, les sujets sur lesquels le conseil doit prendre une décision et la période de questions réservée au public.

10.7. Quorum

Le quorum aux séances du conseil d'administration est constitué de la majorité de ses membres en fonction et qui détiennent un droit de vote, dont le président et le vice-président (art. 162, LSSSS).

Lorsque, pendant la séance, un membre du conseil d'administration dénonce le fait qu'il n'y a plus quorum, le président demande au secrétaire de procéder à l'appel des noms. Si l'appel des noms démontre qu'il n'y a pas quorum, la séance est suspendue. Si le quorum n'est pas rétabli après quinze (15) minutes, la séance est ajournée jusqu'à ce qu'une autre date soit fixée par le président. Le cas échéant, un nouvel avis de convocation doit être expédié.

10.8. Droit de vote

Les membres provenant des comités ou conseils du CHUM et du CHU Sainte-Justine visés aux paragraphes 2° et 4° à 6° de l'article 10 de la LMRSSS, désignés pour agir comme membre du conseil d'administration, agissent en alternance pour une durée de six mois chacun. Un membre désigné, pendant la période où il ne siège pas au conseil d'administration, peut toutefois participer aux réunions de ce conseil, mais n'a pas de droit de vote (décret 888-2015 du 7 octobre 2014 du Gouvernement du Québec).

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec les modifications demandées, s'il y a lieu.

Lors des séances, chaque membre du conseil d'administration détenant le droit de vote a droit à un vote par résolution et est tenu de voter ou exprimer sa dissidence, sauf exception. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration. En cas de partage des voix, le président dispose d'une voix prépondérante.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou, à la demande d'un membre du conseil d'administration, par scrutin secret. Dans ce cas, le secrétaire agit comme scrutateur.

Lorsqu'un membre du conseil d'administration, en raison d'un handicap, ne peut voter selon le mode usuel, il peut recourir à tout moyen lui permettant d'exprimer clairement son opinion.

10.9. Résolution

Sous réserve des dispositions de la LSSSS imposant une majorité différente, les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents.

Toute décision du conseil d'administration est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration par le président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constituent, à sa face même, la preuve

de ce fait sans qu'il ne soit nécessaire de prouver la quantité ou la proportion des votes enregistrés en faveur de cette résolution ou contre elle, à moins qu'un membre du conseil n'ait demandé un décompte formel. Un membre du conseil d'administration peut demander la consignation de sa dissidence au procès-verbal de la séance, à moins que le vote n'ait eu lieu par scrutin secret.

Toute résolution dûment adoptée est exécutoire dès son adoption, à moins que le conseil ne fixe son entrée en vigueur à un autre moment.

10.10. Situation urgente

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du conseil d'administration a la même valeur que si elle avait été prise en séance.

Cette résolution est déposée à la séance subséquente et conservée avec les procès-verbaux des séances du conseil d'administration (art. 164, LSSSS).

10.11. Ajournement

Qu'il y ait quorum ou non, une séance du conseil d'administration peut être ajournée par le vote de la majorité des membres présents. La séance peut être reprise sans qu'il ne soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la séance ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

10.12. Procès-verbal

a) Contenu

Le secrétaire doit rédiger un procès-verbal pour chaque séance du conseil d'administration. Le procès-verbal renferme sous forme d'attendus, les motifs et le libellé d'une proposition, le résumé des délibérations, le nombre de votes favorables lorsqu'un membre du conseil d'administration a demandé un décompte formel et la décision prise par le conseil d'administration. Le procès-verbal contient également un résumé succinct des questions du public et des réponses fournies, le cas échéant.

Il doit, le cas échéant, faire état de la dissidence d'un membre du conseil d'administration, mais il ne fait pas mention de l'identité de celui qui fait une proposition ou de celle ou de celui qui l'appuie.

Il doit, de plus, indiquer l'heure du début et de la fin de la séance, et les présences et absences des membres du conseil d'administration, en totalité ou en partie, motivées ou non.

b) Participation à distance des membres

Le procès-verbal d'une séance comprenant la participation à distance des membres du conseil d'administration doit faire mention du :

- i. consentement de tous les membres du conseil d'administration à l'égard de la participation à distance d'un ou des membres;
- ii. fait que la séance s'est tenue avec le concours du moyen de communication (conférence téléphonique, visioconférence, Web) qu'il indique;
- iii. nom de tous les membres du conseil physiquement présents lors de la séance;
- iv. nom des membres du conseil qui ont participé grâce à ce moyen de communication.

c) Lecture et correction

Chaque membre du conseil d'administration doit recevoir une copie du procès-verbal avant son approbation. Dans le cas contraire, le secrétaire doit lire le procès-verbal de la séance précédente avant son approbation en séance.

Tout membre du conseil d'administration qui désire apporter une correction au procès-verbal doit le faire au moment opportun et il ne peut ni changer le sens et l'objet des décisions prises, ni y ajouter des éléments qui n'y étaient pas.

d) Authenticité

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques (art. 166, LSSSS).

e) Lieu de conservation

Les procès-verbaux, la correspondance et tout autre document liant un établissement sont conservés au siège de cet établissement. Les procès-verbaux, la correspondance et tout autre document liant les deux établissements sont conservés dans chacun des établissements.

10.13. Période de questions

a) Durée

Lors de chaque séance du conseil, une période d'au plus trente (30) minutes est allouée pour permettre aux personnes présentes de poser des questions. Cette période est fixée dans l'ordre du jour, généralement dans la première partie, à moins que la majorité des membres du conseil d'administration n'en décide autrement, et ne peut être prolongée sans l'autorisation du président.

b) Procédure pour soumettre une question au conseil

Toute personne présente à une séance du conseil d'administration peut, avec l'autorisation du président, poser une question en respectant les conditions et la procédure prescrites dans la présente section.

Une personne qui désire poser une question doit se présenter à la salle où se tiendra la séance du conseil d'administration soixante (60) minutes avant l'heure fixée pour le début d'une séance du conseil d'administration. Elle doit donner au président ou à la personne qu'il désigne, son nom et son prénom et, le cas échéant, le nom de l'organisme qu'elle représente, et indiquer l'objet de sa question. Elle peut elle-même inscrire ces informations dans un registre à cet effet. Cette inscription, accompagnée des renseignements requis, peut s'effectuer au plus tard soixante (60) minutes avant la tenue de la séance, en personne ou sur le site Web du conseil d'administration (chum.chusj.org).

La question doit porter sur la gestion des affaires des deux établissements d'intérêt public et la personne qui pose la question doit éviter les allusions personnelles, les insinuations malveillantes ou injurieuses, les paroles blessantes et les expressions grossières.

Au cours de la séance du conseil d'administration, le silence doit être observé par le public. Le président accorde le droit de parole aux personnes en respectant l'ordre des demandes.

Aucune intervention du public n'est permise avant ou après la période de questions.

c) Forme de la question et durée de l'intervention

La personne a droit à une question par intervention et à un maximum de trois (3) interventions par séance.

L'intervention totale comprenant la question et la réponse est limitée à dix (10) minutes. Toutefois, le président peut permettre la prolongation de l'intervention ou la formulation d'au plus de deux (2) autres sous-questions accessoires à la question principale dans la mesure où ces sous-questions ne servent pas à engager ou à poursuivre un échange ou un débat.

d) Irrecevabilité d'une question

Est irrecevable une question :

- a) qui porte sur une affaire pendante devant les tribunaux, un organisme administratif ou une instance décisionnelle, ou encore une affaire sous enquête;
- b) qui constitue davantage une hypothèse, une expression d'opinion, une déduction, une allusion, une suggestion ou une imputation de motifs qu'une question;
- c) jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- d) dont la réponse relève d'une opinion professionnelle.

e) Procédure

Le président accorde la parole aux personnes, et ce, selon l'ordre d'inscription.

- 1) Le président peut répondre à la question séance tenante ou désigner une personne pour y répondre.
- 2) Si la question nécessite des recherches ou si aucune réponse ne peut être apportée séance tenante, le président peut prendre cette question en délibéré en indiquant le moment où il sera en mesure de fournir une réponse. Cette réponse peut être donnée à une réunion subséquente ou à un autre moment.
- 3) Toute réponse, écrite ou verbale, doit être claire et brève et se limiter à la question posée.
- 4) Le président, la personne désignée pour répondre à la question ou le service concerné peut refuser d'y répondre :
 - s'il juge contraire à l'intérêt public de fournir les renseignements demandés;
 - si les renseignements demandés sont des renseignements personnels;
 - si ceux-ci ne peuvent être colligés qu'à la suite d'un travail considérable ne correspondant pas à leur utilité;
 - si la question porte sur les travaux d'un conseil ou d'un comité du conseil d'administration ou d'une commission d'enquête dont le rapport n'a pas été déposé au conseil;
 - si la question a déjà été posée ou si elle a pour objet une affaire déjà à l'ordre du jour.
- 5) Lorsque la question est irrecevable, le président doit indiquer sur quels motifs il fonde sa décision qui est finale et sans appel. Le président ou un membre du conseil ne peut être tenu de déposer un document en réponse à une question ou à l'occasion de la période de questions, ni n'est tenu d'accepter le dépôt de document.
- 6) Le président veille à ce que la période de questions ne donne lieu à aucun débat entre les membres du conseil d'administration, entre une personne présente et un membre du conseil ou entre les personnes présentes.
- 7) Aucune question ou intervention ne peut conduire à l'adoption d'une proposition à moins que tous les membres du conseil d'administration présents y consentent.
- 8) La période de questions doit se dérouler dans l'ordre, le calme et le respect des personnes. Le président du conseil d'administration peut imposer une sanction à quiconque contrevient gravement aux règles, spécialement à celles qui ont pour objet le maintien de l'ordre. Les

sanctions peuvent être un avertissement, une demande de retrait de certaines paroles, une suspension du droit de parole ou l'ordre de quitter les lieux, selon la nature du geste posé. Le président peut mettre un terme à la période de questions avant le moment prévu lorsque les circonstances le justifient en raison, notamment, de l'impossibilité de maintenir l'ordre. Si le président ordonne à une personne de quitter les lieux pour nuisance au maintien de l'ordre et que celle-ci s'y refuse, il peut être pris tout moyen raisonnable pour faire respecter la décision du président.

SÉANCE PUBLIQUE D'INFORMATION ANNUELLE

11. Le conseil d'administration doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle la population est invitée à participer. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances régulières.

Les membres du conseil d'administration doivent présenter à la population, pour chaque établissement, le :

- rapport d'activité;
- rapport financier annuel;
- rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits visés à l'article 76.10 de la LSSSS et
- répondre à toute autre question adressée relativement aux rapports présentés (art. 30, LMRSSS);
- répondre de leurs priorités et de leurs nouvelles orientations (art. 177, LSSSS).

Section 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE

12. Désignation

Le ministre désigne, parmi les membres indépendants du conseil d'administration, le président. Le ministre peut ainsi désigner une personne plus d'une fois (art. 22, LMRSSS).

13. Élection

Les membres d'un conseil d'administration élisent, parmi les membres indépendants, le vice-président (art. 23, LMRSSS). Le président-directeur général est nommé d'office secrétaire du conseil. Le président-directeur général peut être assisté d'une ou de deux adjointes dans l'exercice de ses fonctions de secrétaire.

Pour cette élection, le président du conseil d'administration agit à titre de président d'élection et désigne un scrutateur qui ne doit pas être membre du conseil.

14. Procédure d'élection

L'élection se fait par et parmi les membres du conseil d'administration et ne se déroule pas dans le cadre d'une séance régulière ou d'une séance spéciale. Le président d'élection a pour mandat d'assurer le bon déroulement de la procédure d'élection et de rappeler la procédure suivante :

- a) le président d'élection accepte les propositions des membres du conseil, c'est-à-dire les mises en nomination. Il refuse toute demande de la part des membres du conseil pour clore la période de mises en nomination tant qu'il y a des propositions de noms. Cependant, la période des mises en nomination ne peut dépasser un délai raisonnable déterminé par le président;
- b) le président d'élection offre la possibilité à la personne qui propose de faire une brève présentation du candidat dont il propose la mise en nomination;

- c) lorsqu'il n'y a plus de candidatures, le président d'élection déclare close la période de mises en nomination;
- d) le président d'élection demande à chaque membre du conseil d'administration mis en nomination s'il accepte ou décline sa candidature;
- e) après acceptation par un candidat d'être mis en nomination, le président d'élection lui demande d'expliquer sa motivation à se présenter au poste soumis à l'élection;
- f) s'il n'y a qu'une seule personne mise en nomination, cette dernière est élue par acclamation;
- g) s'il y a plus d'une candidature, le président d'élection fait appel à un scrutin secret et nomme un scrutateur. Le scrutateur assume, notamment, les fonctions suivantes :
 - 1) distribuer les bulletins de vote;
 - 2) recueillir les bulletins de vote;
 - 3) avec le président d'élection, procéder au dépouillement du scrutin;
- h) le président d'élection déclare élue la personne qui obtient le plus grand nombre de votes;
- i) en cas d'égalité des votes ayant pour effet d'élire plus d'une personne, le président d'élection fait appel à un autre vote par scrutin secret, mais seulement pour les candidats visés par l'égalité des votes, jusqu'à ce qu'il y ait une majorité de votes;
- j) le président d'élection clôt la période d'élection.

Lorsque le poste de vice-président est comblé, le président d'élection a complété son mandat.

15. Éligibilité

Le président et le vice-président du conseil d'administration ne peuvent être des personnes qui travaillent pour l'un ou l'autre des établissements, ni un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme qui exerce sa profession dans l'un ou l'autre des établissements (art. 22 et 23, LMRSSS).

16. Durée du mandat

La durée du mandat du président et du vice-président est de deux ans.

17. Remplacement du président et du vice-président

Si un vice-président cesse d'agir comme membre du conseil d'administration ou s'il démissionne, les membres du conseil doivent procéder à une nouvelle élection. Le mandat sera de la durée non écoulée du mandat du membre du conseil à remplacer.

Si un président cesse sa fonction, la vacance est comblée par le ministre.

18. Fonctions du président

Le président du conseil d'administration en préside les séances, voit à son bon fonctionnement et assume toutes les autres fonctions qui lui sont assignées par règlement du conseil. Sans limiter la généralité de ce qui précède, le président remplit les fonctions suivantes :

1. rendre compte, avec le président-directeur général de l'établissement, auprès du ministre, des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité de chaque établissement;
2. signer les documents officiels du conseil d'administration;
3. assurer un rôle de vigie au regard de l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et services et à assurer l'utilisation optimale des ressources des deux établissements.

19. Fonction du vice-président

Le vice-président assiste le président dans l'exercice de ses fonctions et, en cas d'absence ou d'incapacité d'agir de celui-ci, il assume les fonctions du président ou toute autre fonction qui lui est assignée par le conseil d'administration (art. 23, al. 2, LMRSSS).

20. Fonctions du secrétaire

Le secrétaire remplit les fonctions suivantes :

1. agir comme secrétaire des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
2. transmettre les avis de convocation des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
3. rédiger les procès-verbaux des séances et des réunions pour lesquels il agit à titre de secrétaire et les faire signer par le président et les contresigner;
4. assurer la tenue et la conservation des archives comprenant les registres de l'établissement et les dossiers complets des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, de tout autre conseil ou comité, les livres et le sceau des deux établissements (art. 168, LSSSS);
5. certifier tout document, copie ou extrait qui émane de chaque établissement ou fait partie de ses archives (art. 166, LSSSS);
6. remplir toute autre fonction que lui assigne le conseil d'administration.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, une personne désignée le remplace.

Section 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

21. Composition

Le conseil d'administration institue un comité de gouvernance et d'éthique. Ce comité est composé d'un minimum de cinq (5) membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant (art. 181, LSSSS). Le président-directeur général est membre d'office de ce comité.

22. Responsabilités

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- 1) des règles de gouvernance pour la conduite des affaires des deux établissements;
- 2) un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30);
- 3) des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- 4) un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- 5) en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

23. Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration de l'établissement.

24. Nomination d'un président

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de gouvernance et d'éthique le président dudit comité.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

25. Composition

Le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification qui doit être composé d'un minimum de trois (3) membres, dont une majorité de membres indépendants, et doit être présidé par un membre indépendant. Au moins un des membres du comité doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Les membres de ce comité ne doivent pas être à l'emploi de l'un ou l'autre des établissements ou y exercer leur profession.

26. Fonctionnement et responsabilités

Les réunions et travaux du comité se divisent en deux parties, l'une concernant les dossiers du CHUM et l'autre partie concernant les dossiers du CHU Sainte-Justine.

Le comité de vérification doit, notamment :

- a) s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources humaines, financières et matérielles de chaque établissement ainsi que de son suivi;
- b) s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques financiers et budgétaires pour la conduite des affaires de chaque établissement;
- c) réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de chaque établissement portée à sa connaissance;
- d) examiner les états financiers et budgets des deux établissements avec les vérificateurs nommés par le conseil d'administration;
- e) recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- f) veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.
- g) formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de chaque établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- h) réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de chaque établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

27. Nomination d'un président

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de vérification le président dudit comité.

28. Rapport

Le comité de vérification fait rapport de ses activités au moment choisi par le conseil d'administration, au moins une (1) fois par année.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

29. Composition

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue un comité de vigilance et de la qualité, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1) (art. 181.0.1, LSSSS).

Ce comité se compose de cinq (5) personnes, dont le président-directeur général et les deux commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Les trois (3) autres personnes sont choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'un ou l'autre des établissements ou n'exercent pas leur profession dans l'une des installations exploitées par le CHUM ou le CHU Sainte-Justine. En outre, l'une de ces trois (3) personnes choisies par le conseil d'administration doit être la personne désignée par le comité des usagers pour siéger au sein du conseil d'administration (art. 181.0.2, LSSSS). Les personnes désignées par les comités des usagers respectifs du CHUM et du CHU Sainte-Justine siègeront en alternance sur le comité de vigilance et de la qualité pour une période de six mois et le membre qui n'a pas de droit de vote peut toutefois participer aux réunions de ce comité.

Les réunions et travaux du comité de vigilance et de la qualité se divisent en deux parties pour traiter respectivement des dossiers pertinents du CHUM et des dossiers pertinents du CHU Sainte-Justine. Le commissaire local du CHUM agira comme membre du comité de vigilance et de la qualité pour la partie des réunions et travaux du comité concernant les dossiers du CHUM et le commissaire local du CHU Sainte-Justine agira comme membre du comité de vigilance et de la qualité pour la partie des réunions et travaux du comité concernant les dossiers du CHU Sainte-Justine.

Afin de favoriser davantage la concertation et l'implication du personnel des établissements, le président du conseil d'administration peut inviter des membres représentants de conseils professionnels à participer aux réunions de ce comité sans droit de vote.

30. Fonctions

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- 1) recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- 2) favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de chaque établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- 3) établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- 4) faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;

- 5) assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- 6) veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- 7) exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

31. Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration.

32. Nomination d'un président

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres du comité de vigilance et de la qualité un président pour ledit comité.

ARTICLES APPLICABLES AU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE, AU COMITÉ DE VÉRIFICATION ET AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

33. Durée du mandat

À l'exception des membres d'office du comité, la durée du mandat d'un membre est d'un (1) an à partir de la date de sa nomination. Ce mandat est renouvelable. Les membres du comité restent en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

34. Vacance

Un membre du comité cesse d'en faire partie et son mandat se termine :

- a) s'il cesse d'être membre du conseil d'administration selon les conditions prévues à l'article 8 du présent règlement;
- b) s'il met fin à son mandat en vertu des dispositions prévues à l'article 36 du présent règlement.

35. Avis et comblement de la vacance

Le secrétaire ou, à défaut, le président du conseil d'administration doit porter à la connaissance du conseil d'administration, au plus tard à sa prochaine séance régulière, toute vacance survenue au sein de ces comités.

La vacance doit être comblée sur appel du président et par vote secret si le besoin est, et ce, pour la durée non écoulée du mandat du membre du comité à remplacer. La personne ainsi désignée doit posséder les qualités requises du poste à remplacer.

36. Fin de mandat

À l'exception des membres d'office de ces comités, tout membre peut mettre fin à son mandat par écrit. Cette fin de mandat prend effet le jour de son acceptation par le conseil d'administration.

37. Convocation des réunions

37.1. Convocation

Les réunions de ces comités sont convoquées par leur président respectif.

37.2. Délai d'avis de convocation

Le délai d'avis de convocation d'une réunion est d'au moins sept (7) jours. Il peut toutefois, en cas d'urgence, être réduit à vingt-quatre (24) heures.

37.3. Expédition de l'avis de convocation

Tout avis de convocation doit être expédié à chaque membre du comité, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur ou par courrier électronique.

37.4. Contenu de l'avis de convocation

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la réunion; s'il s'agit d'une conférence téléphonique ou d'une visioconférence, l'avis doit le préciser. Dans le cas d'une réunion d'urgence, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être traités.

37.5. Renonciation à l'avis de convocation

Tout membre du comité peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une réunion du comité. Toutefois, sa seule présence à la réunion équivaut à une renonciation à l'avis de convocation sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de celle-ci.

37.6. Non-réception de l'avis de convocation

La non-réception de l'avis par un membre du comité n'invalidera pas la réunion, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

37.7. Personne invitée aux réunions

Peut être invitée aux réunions toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations dont il a besoin pour la réalisation de ses mandats, y compris les gestionnaires, les membres du personnel et les professionnels qui exercent dans toute installation exploitée par chaque établissement.

38. Règles de fonctionnement

38.1. Fréquence et lieu des réunions

Ces comités se réunissent en privé au moins quatre (4) fois par année au siège de l'un ou l'autre des établissements ou à tout autre endroit fixé par la convocation.

38.2. En privé

Les réunions de ces comités se déroulent en privé. Le comité peut cependant en décider autrement ou inviter les personnes qu'il juge à propos.

38.3. Participation à distance

Les membres du comité peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion à distance par tout moyen leur permettant de communiquer oralement entre eux, notamment par téléphone ou par vidéoconférence. Ils sont alors réputés avoir assisté à la réunion.

38.4. Présidence et procédure aux réunions

Le président du comité concerné préside les réunions et est responsable de tout ce qui concerne la procédure aux réunions. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes.

38.5. Secrétaire

Un membre désigné par le comité agit comme secrétaire.

38.6. Ordre du jour

L'ordre du jour des réunions est laissé à la discrétion du président du comité concerné et peut être amendé, en tout temps.

38.7. Quorum

Le quorum est constitué de la majorité de ses membres en fonction.

38.8. Résolution

Les résolutions, sous forme de recommandations au conseil d'administration, sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres du comité présents.

Toute décision est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration du président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constitue, à première vue, la preuve de ce fait.

38.9. Droit de vote

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec ses modifications s'il y a lieu.

Lors des réunions, chaque membre du comité détenant un droit de vote a droit à un vote. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration.

En cas de partage des voix, le président ne dispose pas d'une voix prépondérante. Le vote est alors repris.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou par vote secret selon les modalités prévues à l'article 38.10.

38.10. Vote secret

Un membre du comité peut demander la tenue d'un vote secret sur tout sujet jugé pertinent. Le président autorise la tenue d'un vote secret lorsque la demande est appuyée par la majorité des membres présents.

38.11. Situation urgente

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du comité a la même valeur que si elle avait été prise lors de la réunion.

Cette résolution est déposée à la réunion subséquente et conservée avec les procès-verbaux des réunions.

38.12. Ajournement

Qu'il y ait quorum ou non, une réunion peut être ajournée par le vote de la majorité des membres du comité présents. La réunion peut être reprise sans qu'il soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. Les membres constituant le quorum lors de l'ajournement ne sont pas tenus de constituer le quorum à la reprise de la réunion. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la réunion ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

38.13. Procès-verbaux et documents

Les dispositions du présent règlement sur les procès-verbaux et les documents déposés au conseil d'administration s'appliquent en les adaptant aux procès-verbaux du comité.

Section 5 — COMITÉS FACULTATIFS

Le conseil d'administration peut, au besoin, mettre en place des comités facultatifs, et ce, selon les pratiques de bonne gouvernance.

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

39. Formation et composition

Le comité exécutif est composé de sept (7) membres du conseil dont :

- Le président;
- Le vice-président;
- Le président directeur-général et secrétaire du conseil d'administration;
- Quatre (4) autres membres désignés par résolution du conseil.

Entre les séances du conseil et lorsque des circonstances d'urgence empêchent la convocation du conseil en temps utile, le comité exécutif a compétence pour prendre toute décision du ressort du conseil d'administration ou de l'un de ses comités, sauf les décisions que le conseil doit décider par règlement.

40. Fonctionnement

Les réunions du comité sont convoquées par le président ou par le vice-président.

Le quorum pour la tenue d'une réunion est de quatre (4) membres.

Un avis écrit précisant la date, l'heure, l'endroit et l'ordre du jour est transmis à chaque membre du comité au moins soixante-douze (72) heures avant la réunion.

En cas d'urgence, cet avis peut être transmis verbalement vingt-quatre (24) heures avant la tenue de la réunion.

Les membres peuvent renoncer à l'avis de convocation à une réunion du comité. Leur seule présence équivaut à une renonciation à l'avis de convocation, à moins qu'ils ne soient là pour contester la régularité de la convocation.

Les membres peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion du comité à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux.

Il est tenu un procès-verbal des réunions du comité où sont consignées toutes les décisions prises lors des réunions.

Une copie du procès-verbal de chaque réunion du comité est transmise, sur demande, aux membres du conseil d'administration et en toute occurrence, déposée à la séance subséquente du conseil d'administration.

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES

41. Formation et composition

Le comité d'évaluation des mesures disciplinaires est composé de cinq (5) membres nommés par et parmi les administrateurs et dont au moins trois (3) ne font pas partie du personnel du CHUM ou du CHU Sainte-Justine ou n'y exercent pas leur profession. Le président du comité est nommé par le conseil parmi ces derniers.

42. Formation et compétence

Le comité exerce la compétence dévolue au conseil d'administration par les articles 249, 250 et 251 de la LSSSS.

43. Fonctionnement

Le comité se réunit aussi souvent que la conduite d'un dossier et que l'intérêt de l'un ou l'autre des établissements l'exigent.

Les réunions du comité sont convoquées par le président du comité. Un avis écrit précisant la date, l'heure, l'endroit et l'ordre du jour est transmis à chacun des membres du comité au moins soixante-douze (72) heures avant la réunion. En cas d'urgence, cet avis peut être transmis verbalement vingt-quatre (24) heures avant la tenue de la réunion.

Les membres peuvent renoncer à l'avis de convocation à une réunion du comité. Leur seule présence équivaut à une renonciation à l'avis de convocation, à moins qu'ils ne soient là pour contester la régularité de la convocation. Les membres peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion du comité à l'aide de tout moyen permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux. Toutefois, les membres doivent se réunir lorsque le comité procède à l'audition du professionnel visé par la plainte ou à celle de la personne qui a formulé cette plainte.

Le quorum est de trois (3) membres dont le président. La majorité du quorum doit être constituée de membres ne faisant pas partie du personnel du CHUM ou du CHU Sainte-Justine ou n'y exerçant pas leur profession.

Le comité siège à huis clos. Le comité exerce ses activités conformément aux règles et principes juridiques applicables au domaine de sa compétence. Un membre qui n'a pas participé à une réunion au cours de laquelle un dossier a été discuté par le comité ne peut participer à la décision du comité relative à ce dossier.

Toute décision du comité doit être prise à la majorité des membres, dont le président du comité. Les motifs de la décision peuvent, à la demande du membre concerné, inclure ceux de sa dissidence. Les décisions sont transmises aux personnes et organismes selon ce qui est prévu à la LSSSS.

Le président du comité fait rapport au conseil d'administration des décisions prises par le comité, mais il ne divulgue alors ni l'identité du plaignant ni celle de la personne visée par la plainte.

Le comité peut soumettre au conseil tout avis ou recommandation relatif à l'exercice de sa compétence.

Section 6 - INSTANCES ET AUTRES COMITÉS

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

44. Composition

Le conseil d'administration institue, dans chaque établissement, un comité de gestion des risques. La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le président-directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité (art. 183.1, LSSSS).

45. Fonctions

Le comité de gestion des risques de chaque établissement a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- 1) identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- 2) s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches suite à l'accident et à la divulgation;
- 3) assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents, et recommander au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

46. Règles de fonctionnement

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés, pour chaque établissement, par règlement du conseil d'administration.

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

47. Nomination

Le conseil d'administration doit nommer un commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour chaque établissement, lequel sera sous sa responsabilité. Il est aussi responsable d'en faire l'évaluation.

Après avoir pris l'avis du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (art. 30, 173, paragraphe 2°, LSSSS).

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que ses adjoints, exercent exclusivement les fonctions prévues à l'article 33 de la LSSSS.

48. Rapport annuel

Au moins une fois par année, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités visé à l'article 33 de la LSSSS, incluant, le cas échéant, ses recommandations, ainsi que le rapport annuel du

médecin examinateur visé à l'article 50 de la LSSSS et celui du comité de révision visé à l'article 57 de la LSSSS.

MÉDECIN EXAMINATEUR

49. Désignation

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de chaque établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur qui exerce ou non sa profession dans une installation exploitée par l'établissement concerné. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l'un ou l'autre des établissements exploitent plusieurs installations, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire et sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, désigner un médecin examinateur par installation.

Le médecin examinateur de chaque établissement est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident en médecine (art. 42, LSSSS).

50. Indépendance

Le conseil d'administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le médecin examinateur, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'il peut exercer pour l'établissement, ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de ses fonctions (art. 43, LSSSS).

51. Rapport annuel

Au moins une fois par année, le médecin examinateur de chaque établissement doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que ses recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans une installation exploitée par l'établissement.

Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement qui en intègre le contenu au rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits (art. 50, LSSSS).

COMITÉ DE RÉVISION

52. Composition

Un comité de révision est institué dans chaque établissement. Ce comité de révision est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement.

Le président du comité est nommé parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement qui ne sont pas à l'emploi de l'établissement ou n'y exercent pas leur profession et ce président peut siéger sur le comité de révision du CHUM et le comité de révision du CHU Sainte-Justine.

Seuls les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement peuvent être nommés membres du comité de révision de cet établissement. Ces nominations sont faites par le conseil d'administration sur recommandation des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (art. 51, LSSSS).

53. Mandat

La durée du mandat des membres du comité de révision est de trois (3) ans. Malgré l'expiration de leur mandat, les membres du comité de révision demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés (art. 51 al. 4, LSSSS).

54. Fonctions

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne, par le médecin examinateur de l'établissement (art. 52, LSSSS).

55. Rapport annuel et autres rapports

Le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, au plus tard le 30 avril de chaque année, et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions, ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement.

Un exemplaire de ces rapports est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, qui en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10 de la LSSSS ainsi qu'au Protecteur des usagers (art. 57, 76.10, 76.11, LSSSS).

56. Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement sont déterminées par règlement du conseil d'administration.

COMITÉ DES USAGERS

57. Composition

Comité des usagers (CU)

Le CU se compose d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement concerné et d'un représentant désigné par et parmi chacun des CR mis sur pied en application du deuxième alinéa de l'article 209 de la LSSSS, le cas échéant.

58. Durée du mandat

La durée du mandat des membres des CU ne peut excéder trois ans.

59. Fonctions du CU

Le CU exerce les fonctions suivantes (art. 212, LSSSS) :

- 1) Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;

- 2) Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- 3) Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- 4) accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la LSSSS ou par la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1);
- 5) S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- 6) Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 de la LSSSS.

60. Règles de fonctionnement

Le CU doit établir leurs règles de fonctionnement. Ces dernières entrent en vigueur dès leur adoption par les membres qui les composent. Ces règles et toutes mises à jour doivent être partagées avec le conseil d'administration à des fins d'information.

61. Rapport annuel d'activités des divers comités des usagers

Les CU des deux établissements doivent soumettre annuellement, selon les modalités de la circulaire 2015-019, un rapport d'activité, incluant un rapport financier, au conseil d'administration incluant les rapports d'activité des CR sous leur responsabilité et transmettre, sur demande, une copie de ce rapport au MSSS (art. 212, LSSSS).

Le conseil d'administration doit s'assurer que le contenu de ces rapports annuels d'activités, incluant un rapport financier, s'inscrivent dans le cadre de leur mandat respectif et ne comportent pas d'écarts aux dispositions législatives applicables ou au « Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents ». En cas d'écart, le conseil d'administration en informe le MSSS.

COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE

62. Formation et composition du comité d'éthique de la recherche

Un comité d'éthique de la recherche est institué dans chaque établissement.

Chacun des comités se compose d'au moins 5 membres, dont des hommes et des femmes, possédant les compétences suivantes :

- a) au moins deux personnes ayant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant du mandat du comité d'éthique de la recherche;
- b) au moins une personne ayant une expertise en éthique;

- c) au moins une personne ayant une formation en droit et une expertise dans un domaine pertinent. Cette personne ne doit pas être le conseiller juridique de l'établissement concerné;
- d) au moins une personne non affiliée à l'établissement mais provenant des groupes utilisant les services de l'établissement concerné.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent être désignés comme membres du comité d'éthique de la recherche du CHUM ou du CHU Sainte-Justine. Cette composition représente un minimum et peut être plus étendue. Dans tous les cas, la nature des représentations décrites ci-dessus devra être respectée.

63. Rattachement du comité d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche de chaque établissement relève directement du conseil d'administration.

64. Durée du mandat des membres du comité d'éthique de la recherche

La durée du mandat des membres des comités d'éthique de la recherche est de quatre ans.

65. Fonctions du comité d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche a pour fonctions d'évaluer l'éthique des travaux de recherche dans son centre hospitalier respectif, ainsi, il doit notamment :

1. S'assurer que toute demande de recherche qui lui est soumise soit respectueuse de la dignité, du bien-être, de la sécurité, de l'intégrité et des personnes;
2. Approuver les projets de recherche qui touchent les mineurs et les majeurs inaptes;
3. Faire régulière la réévaluation des projets de recherche déjà approuvés, dans un souci d'assurer un suivi continu de ces projets de recherche;
4. Approuver, faire modifier ou refuser toute demande de recherche ou tout projet de recherche;
5. Arrêter tout projet de recherche qui ne répond pas à des normes éthiques.

66. Règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche

Les règles applicables au comité d'éthique de la recherche de chaque établissement se trouvent au règlement spécifiquement adopté à ce sujet par l'établissement concerné.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

67. Chaque établissement comporte un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

68. Chaque établissement comporte un conseil des infirmières et infirmiers. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

69. Chaque établissement comporte un conseil multidisciplinaire. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Section 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR

70. Exercice financier et normes comptables

L'exercice financier de chaque établissement se termine le 31 mars de chaque année. Chaque établissement doit utiliser un système comptable conforme aux normes contenues au Manuel de gestion financière publié par le ministre (art. 282, LSSSS).

71. Effets bancaires

Les chèques et autres effets bancaires liant financièrement le CHUM ou le CHU Sainte-Justine doivent obligatoirement requérir la signature de deux personnes parmi les personnes autorisées à signer, conformément aux résolutions adoptées par le conseil d'administration pour chacun des fonds respectifs.

La reproduction des signatures des personnes autorisées peut être imprimée par voie électronique sur les chèques émis par l'un ou l'autre des établissements ou tout autre document, après décision du conseil d'administration. Une telle reproduction a le même effet que si les signatures elles-mêmes y étaient apposées (art. 169, LSSSS).

72. Mandat

Les vérificateurs doivent, pour l'exercice pour lequel ils ont été nommé, vérifier le rapport financier de l'établissement concerné et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 8° de l'article 505 de la LSSSS et, le cas échéant, ceux que détermine l'établissement ou le ministre (art. 293, LSSSS).

73. Rapport de vérification

Les vérificateurs remettent leur rapport de vérification au conseil d'administration, au plus tard trois (3) jours ouvrables avant la réunion du conseil d'administration pour les fins d'adoption et de dépôt des rapports financiers annuels au 30 juin de chaque année (art. 294, LSSSS).

Section 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES

74. Signatures des contrats et autres documents financiers

Les dispositions de cette section sont celles que doit appliquer minimalement l'établissement. Elles respectent les dispositions de l'article 169 de la LSSSS relativement aux signatures de documents qui se lit comme suit :

« Aucun acte, document ou écrit n'engage un établissement s'il n'est signé par le président du conseil d'administration, le directeur général ou, dans la mesure que le conseil d'administration détermine par règlement, par un membre du personnel de cet établissement. »

Aux fins de la présente section, un engagement financier est une obligation découlant notamment d'un contrat, d'une entente écrite, d'une facture, d'une disposition législative ou réglementaire, qui entraîne ou est susceptible d'entraîner un paiement envers une personne, une entreprise ou un organisme externe.

L'établissement doit également s'assurer de respecter les autres dispositions légales et réglementaires émises par le gouvernement relativement à la gestion contractuelle, notamment la *Loi sur les contrats d'organismes publics* (RLRQ, c. C-65.1) et ses règlements, la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* (RLRQ, c G-1.001).

74.1. Le président-directeur général doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est supérieur au moindre de 2 % du budget brut de fonctionnement confirmé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou 4 M\$.

Il doit déposer périodiquement au conseil d'administration un rapport faisant état de ces engagements financiers.

74.2. Le directeur des ressources financières doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est le moindre de :

- entre ½ de 1 % et 2 % du budget brut de fonctionnement confirmé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou;
- entre 1 M\$ et 4 M\$.

74.3. Toute personne dûment autorisée selon le plan de délégation de signatures doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est inférieur à celui visé à 71.2. Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de chaque établissement, le comité de vérification examine la liste des contrats de 100 K\$ et plus.

74.4. Le comité de vérification doit examiner pour recommandation le plan de délégation de signatures établi en fonction des risques de chaque établissement avant son approbation par le conseil d'administration.

74.5. Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place de mécanismes de contrôle interne adéquatement efficaces, le comité de vérification s'assure du respect du plan de délégation de signatures pour chaque établissement.

75. Institutions financières

Sur recommandation du président-directeur général ou du directeur des ressources financières de chaque établissement, le conseil d'administration désigne la ou les institutions financières avec lesquelles le CHUM et le CHU Sainte-Justine effectuent leurs transactions financières.

76. Signature des demandes de paiement

76.1. Toute demande de paiement par transfert bancaire électronique, chèque ou autre doit être signée conjointement par deux (2) personnes dûment autorisées, dont au moins une est énumérée aux articles 70.1 à 70.3 et la deuxième pouvant être identifiée au plan de délégation de signatures de chaque établissement.

76.2. La reproduction des signatures de personnes autorisées peut être imprimée par voie électronique sur les chèques par le CHUM ou par le CHU Sainte-Justine ou tout autre document, après décision du conseil d'administration. Une telle reproduction a le même effet que si les signatures elles-mêmes y étaient apposées.

76.3. Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de chaque établissement, le comité de vérification examine la liste des engagements financiers de 100 K\$ et plus pour chaque établissement.

Section 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES

77. Lieu de conservation

Chaque établissement tient et conserve à son siège ses registres, livres et documents officiels. (art. 168, LSSSS)

78. Authenticité

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques.

Les documents et les copies ou extraits qui émanent des établissements administrés par le conseil d'administration ou qui font partie de ses archives sont authentiques lorsqu'ils sont certifiés conformes par le président du conseil ou le secrétaire. La correspondance et tout autre document liant l'établissement concerné sont conservés à son siège.

79. Registres et livres

Le conseil d'administration détermine par résolution la nature des inscriptions à tenir dans ses registres et livres. Le secrétaire du conseil d'administration tient notamment, en original ou en copie conforme, au siège de chaque établissement, les registres et livres suivants :

- a) du nom, de l'adresse et de l'occupation de chacun des membres du conseil d'administration;
- b) si le conseil administre un établissement regroupé ou est une personne morale visée à l'article 98 de la LSSSS, le nom, l'adresse et l'occupation des membres de la personne morale;

- c) des règlements de l'établissement;
- d) des procès-verbaux des séances du conseil d'administration;
- e) des procès-verbaux des assemblées des membres de la personne morale, le cas échéant;
- f) de l'acte constitutif de l'établissement comprenant, le cas échéant, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordés pour sa constitution;
- g) des hypothèques et charges grevant les biens de l'établissement;
- h) des baux;
- i) des budgets comprenant les états financiers;
- j) des transactions financières;
- k) des créances et obligations.

Section 10 — DISPOSITIONS FINALES

80. Remplacement et abrogation

Tout règlement antérieur sur la régie interne de CHUM et du CHU Sainte-Justine est abrogé et remplacé par le présent règlement.

81. Révision

Le présent règlement doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les cinq (5) années suivant son entrée en vigueur.

82. Validité

Le conseil d'administration adopte le présent règlement dans son ensemble et également partie par partie, de manière à ce que si un article, un paragraphe, un sous-paragraphe était ou devrait être déclaré nul, les autres dispositions du présent règlement soient maintenues.

83. Adoption, modification, abrogation

Toute adoption, modification ou abrogation d'un règlement du conseil d'administration doit être précédée d'un avis, d'au moins trente (30) jours et adoptée par le vote d'au moins les deux tiers (2/3) des membres du conseil lors d'une séance régulière ou spéciale du conseil d'administration, à moins d'une décision contraire.

Une copie de tel projet de règlement doit être expédiée aux membres du conseil avec l'avis de convocation de la séance qui doit le considérer.

84. Entrée en vigueur du règlement

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIES DES MEMBRES
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
UNIQUE CHUM - CHUSJ**

**Règlement proposé et adopté par le
Conseil d'administration unique
CHUM – CHUSJ**

**Le 17 juin 2016
(rés.CA.RCHUM-CHUSJ.09)**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
SECTION 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
SECTION 2. — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	8
SECTION 3. — CONFLIT D'INTÉRÊTS	12
SECTION 4. — APPLICATION.....	14
ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DE L'ADMINISTRATEUR.....	19
ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE	20
ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DE L'ADMINISTRATEUR	21
ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	22
ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	23
ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS	24
ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....	25

PRÉAMBULE

L'administration des établissements publics de santé et de services sociaux tels que le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre les établissements et la population.

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

Le présent *Code* s'inscrit dans le cadre de la mission, de la vision et des valeurs de chaque établissement administré par le conseil d'administration.

Plus spécifiquement, la mission du CHUM est, notamment, de dispenser des services diagnostiques, des soins généraux, spécialisés et surspécialisés de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle adulte locale, régionale et suprarégionale, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. Il est aussi, en partenariat avec l'Université de Montréal, un chef de file en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Quant au CHU Sainte-Justine, la mission est d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec en collaboration avec les partenaires du système de santé et ceux des milieux d'enseignement et de la recherche. Le CHU Sainte-Justine entend assumer pleinement chacun des six mandats découlant de sa mission universitaire : soins spécialisés et ultraspécialisés, recherche fondamentale et clinique en santé de la mère et de l'enfant, enseignement auprès des futurs professionnels de la santé et des intervenants du réseau, promotion de la santé, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, réadaptation, adaptation et intégration sociale pour les enfants et les adolescents présentant une déficience motrice ou de langage.

De plus, le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine met l'accent sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

SECTION 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Préambule

Le préambule est les annexes font partie intégrante du présent code.

1.2. Objectifs généraux

Le présent Code 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 unique CHUM-CHU Sainte-Justine 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. Néanmoins, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.

Le Code d'éthique et de déontologies des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine:

- 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 du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes applicables auront priorité.

1.3. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine 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 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30) et le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (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 lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

1.4. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Administrateur : membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine 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.

Comité de gouvernance et d'éthique : comité de gouvernance et d'éthique du Conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur 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).

Conseil d'administration : conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, tel que défini par l'article 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 (RLRQ, c. O-7.2) et le décret numéro 785-2015 du 2 septembre 2015 du Gouvernement du Québec;

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.

Établissement : le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) ou le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) 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 à un administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les autres administrateurs.

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 (RLRQ, chapitre O-7.2).

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

*Personne indépendante*¹ : Tel que défini à l'article 131 de la LSSSS, une personne se qualifie comme indépendante, 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 circonstances².

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement ou à l'établissement lui-même. 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 administrateur serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe.

1.5. Champ d'application

Tout administrateur est assujéti aux règles du présent Code.

1.6. Entrée en vigueur, application et révision

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique 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 d'administration lors d'une de ses séances régulières.

¹ Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé) Ci-joint à l'Annexe VIII.

² 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.

1.7. 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 administrateurs révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

SECTION 2. — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

2.1. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme 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, de ces principes éthiques, le l'administrateur doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, 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 assure 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 de l'établissement et au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

2.2. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont la violation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités à l'article 3 du présent Code. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent aux administrateurs ce qui est prescrit et proscrit.

Ainsi, l'administrateur doit notamment :

2.3. 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 unique CHUM-CHU Sainte-Justine*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'esprit de collaboration.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.
- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

2.4. 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 et de solidarité à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

2.5. Impartialité

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

2.6. Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les administrateurs, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

2.7. 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 du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des administrateurs 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 administrateur représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.8. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.9. Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de chaque 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 pas autorisé par celles-ci.

2.10. Charge publique

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

2.11. 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'établissement, 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 administrateurs ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

2.12. Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque

d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

2.13. 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.
- S'abstenir de toute activité de lobbysme au sens de la *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).
- S'abstenir d'exercer toute autorité individuelle sur quelque dirigeant ou employé de l'établissement.
- S'abstenir d'entraver de quelque façon que ce soit le comité d'examen *ad hoc*

SECTION 3. – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1.** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 3.2.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, l'administrateur 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 présent Code. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres administrateurs.
- 3.3.** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits **d'intérêts** :
- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 3.4.** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts financiers 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 de l'administrateur* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 3.5.** L'administrateur 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 du présent Code.

- 3.6.** L'administrateur 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.
- 3.7.** La donation ou le legs fait à l'administrateur 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.
- 3.8.** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au président-directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe VI du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le président-directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité d'examen *ad hoc*.

SECTION 4. – APPLICATION

4.1. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie

Chaque administrateur 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 Code ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire le formulaire *Engagement et affirmation de l'administrateur* de l'annexe I. Tout nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. Cet engagement devra également être renouvelé annuellement par tous les administrateurs.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

4.2. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des administrateurs;
- c) informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les administrateurs sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

4.3. Comité d'examen *ad hoc*

- 4.3.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de d'administrateurs ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 4.3.2. Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 4.3.3. Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.
- 4.3.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 4.3.5. Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

4.4. Processus disciplinaire

- 4.4.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 4.4.2. 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 administrateur a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 4.4.3. Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 4.4.4. L'administrateur 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, l'administrateur concerné ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

- 4.4.5. 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 une rigueur et prudence.
- 4.4.6. Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant à l'administrateur 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, l'administrateur est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 4.4.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 4.4.8. 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 de l'administrateur visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 4.4.9. 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 à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 4.4.10. Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.4.11. Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de

le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

4.4.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Le conseil d'administration peut également recommander à l'administrateur concerné de suivre une formation sur l'éthique et la déontologie. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

4.5. Notion d'indépendance

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

4.6. Obligations en fin du mandat

L'administrateur doit, après la fin de son mandat :

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation de l'administrateur

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare avoir pris
connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
unique CHUM-CHU Sainte-Justine, adopté par le conseil d'administration le
_____ [date d'adoption], en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par
chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part
envers le CHUM et le CHU Sainte-Justine.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au
meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en
exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération
quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la
rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je
m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun
renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice
de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____ [prénom et nom en lettres moulées], pris
connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil
d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné, _____ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine due aux faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts de l’administrateur

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d’administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare les éléments
suivants :

1. Intérêts financiers

- Je ne détiens pas d’intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts financiers, autres qu’une participation à l’actionariat d’une entreprise qui ne me permet pas d’agir à titre d’actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d’administrateur

- Je n’agis pas à titre d’administrateur d’une personne morale, d’une société, d’une entreprise ou d’un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d’administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- J’agis à titre d’administrateur d’une personne morale, d’une société, d’une entreprise ou d’un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d’administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J’occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l’obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m’engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m’abstenir de siéger au conseil d’administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu’une question portant sur l’entreprise dans laquelle j’ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j’ai pris connaissance du Code d’éthique et de déontologie des membres du conseil d’administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m’engage à m’y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration unique CHUM-CHU
Sainte-Justine, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts financiers

- Je ne détiens pas d'intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts financiers, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction. Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], estime que l’administrateur suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu