

Rapport annuel de gestion

2016-2017

CHU de Québec-Université Laval

Juin 2017

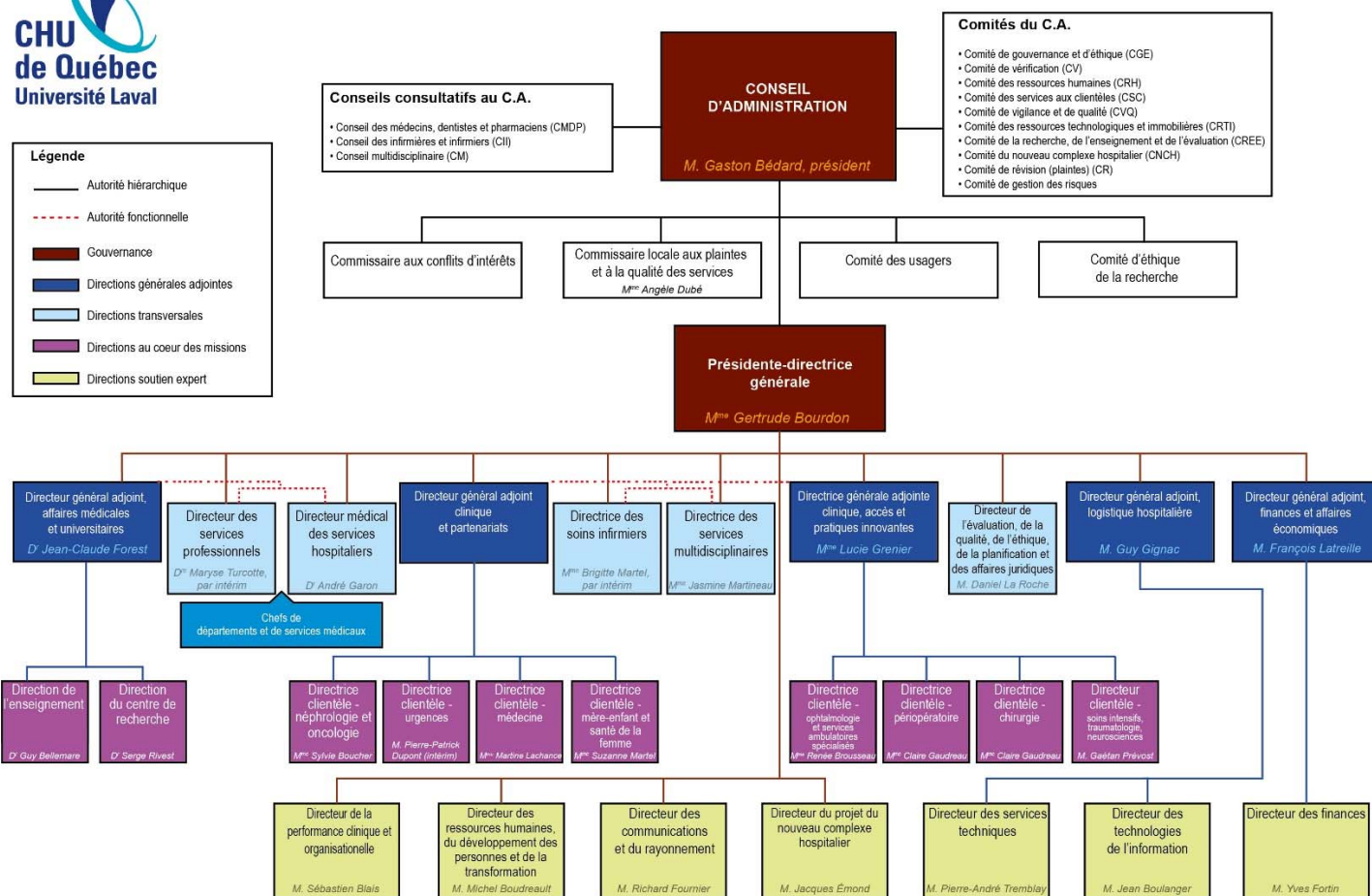
Table des matières

Présentation de l'établissement	4
Nos orientations stratégiques.....	5
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil	6
Les programmes et les services offerts.....	7
Statistiques opérationnelles	11
Message de la présidente-directrice générale et du président du conseil d'administration	13
Déclaration de fiabilité de l'établissement	15
Activités de l'établissement (faits saillants)	16
La recherche au centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval	20
L'enseignement au CHU de Québec	22
Principaux projets de développement immobiliers au CHU	25
Acquisition d'équipements 2016-2017	27
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services.....	29
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers	29
Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.....	31
Suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada	32
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1 ^{er} avril 2016 au 29 novembre 2016 :	32
Rapport du Comité de gestion des risques	33
Suites apportées aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport	33
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents.....	33
Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner.....	33
Faits saillants issus du rapport annuel du comité de gestion des risques (incluant avis au CA/PDG et suites apportées à ces avis)	34
Principaux risques d'incident-accident mis en évidence au moyen du registre local de surveillance	34
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de gestion des risques, des incidents et des accidents.....	34
Rapport du Comité de vigilance et de la qualité.....	36
Application de la politique concernant les soins de fin de vie	37
Effectifs de l'établissement au 31 mars 2016	38
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval - au 31 mars 2017	39
Secteur d'activités : Don d'organes et de tissus humains.....	40
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec.....	41
Le Centre Spiritualité-santé de la Capitale-Nationale	42
L'entente de gestion et d'imputabilité	43
Reddition de compte des résultats des attentes spécifiques 2016-2017 - chapitre III.....	43
Reddition de compte de l'atteinte des engagements annuels 2016-2017 - chapitre IV	54
Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 ^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.	66
États financiers résumés.....	67
Rapport de direction	111
État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendants	113
Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2017)	116
Composition des comités du conseil d'administration	117
Comité de direction (au 31 mars 2017).....	120
Rapport d'éthique et de déontologie.....	121

Annexe 1	120
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	120

Présentation de l'établissement

Regroupant le CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) est le plus important centre hospitalier universitaire (CHU) du Québec et l'un des plus grands centres hospitaliers au Canada. Le CHU de Québec-Université Laval dessert la population de tout l'est du Québec, soit un bassin de près de deux millions de personnes. Étroitement lié à l'Université Laval et orienté vers l'avenir, il détient également une mission d'enseignement, de recherche dans de nombreux domaines d'excellence et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Le CHU de Québec-Université Laval compte 12 458 employés, 1 539 médecins, dentistes et pharmaciens, 350 chercheurs réguliers et associés, de même que 174 chercheurs affiliés et 425 bénévoles.



DCR\organigramme_06/06/16

Au 31 mars 2017

Nos orientations stratégiques

Notre planification stratégique 2014-2020

Nos orientations

et priorités 2016-2017

1



Nous prioriserons l'expérience patient

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

2



Nous atteindrons les plus hauts standards de qualité

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

3



Nous nous distinguerons parmi les meilleurs

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

4



Nous construirons un véritable CHU

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

Priorités 2016-17

Nos objectifs

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

- Poursuivre l'implantation de notre système de gestion.
- Poursuivre le chantier de la pertinence des soins et des actes médicaux et cliniques.
- Optimiser nos trajectoires de soins à l'intérieur et avec nos partenaires dans un souci d'accessibilité et de continuité (2014-2020).
- Atteindre le niveau 4 de maturité organisationnelle *lean* selon les critères ministériels (2016-2018).

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

- Poursuivre notre projet de nouveau complexe hospitalier.
- S'assurer que nos mécanismes de gestion favorisent une « expérience employé » valorisante et stimulante (2014-2018).
- Améliorer nos stratégies de gestion du changement et nous doter d'un plan intégré de communication organisationnelle (2014-2020).
- Actualiser notre futur centre de radio-oncologie dans une perspective de Centre intégré en oncologie (2014-2019).

Notre vision



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

8 dimensions de l'expérience patient :

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

8 dimensions de la qualité selon Agrement Canada :

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

5 composantes du modèle de gouvernance clinique :

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

10 dimensions *lean* :

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

Notre mission

Soins
Enseignement
Recherche
Évaluation

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

Nos valeurs

Humanisme
Excellence
Innovation
Collaboration

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

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

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

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

Nous
sommes
le



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

Cinq hôpitaux :

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

Territoire desservi :

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

Clientèle potentielle : près de 2 millions de personnes

12 458 employés

1 539 médecins, dentistes et pharmaciens ¹

425 bénévoles

350 chercheurs réguliers et associés au CRCHU ²

174 chercheurs affiliés ²

911 étudiants aux cycles supérieurs ²

1 35 lits dressés (incluant les berceaux et excluant les lits transférés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale le 29 novembre 2015 en lien avec la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*)

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

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

Les programmes et les services offerts

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

Site	Services offerts en 2016
<p>CHUL - Centre hospitalier de l'Université Laval</p>	<p>CHUL- Centre mère-enfant Soleil (CMES) - Centre de référence tertiaire pour Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL) en santé de la mère et de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie pédiatrique et foetale ▪ Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique ▪ Centre des malformations oro-faciales ▪ Chirurgie cardiaque pédiatrique ▪ Chirurgie orthopédique pédiatrique ▪ Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique ▪ Dermatologie pédiatrique ▪ Diabétologie pédiatrique ▪ Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques ▪ Endocrinologie pédiatrique ▪ Gastroentérologie pédiatrique ▪ Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique ▪ Gynécologie et obstétrique ▪ Gynécologie pédiatrique ▪ Hémato-oncologie pédiatrique ▪ Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique ▪ Immunologie-allergie pédiatrique ▪ Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique ▪ Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique ▪ Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine d'adolescence ▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique ▪ médecine obstétricale ▪ Médecine sociojuridique / protection de l'enfance ▪ Néonatalogie ▪ Néphrologie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique ▪ Neurologique pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring ▪ Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée ▪ ORL - Audiologie : ancrage osseux ▪ ORL pédiatrique ▪ Orthopédie infantile et pédiatrique ▪ Pédiatrie ▪ Physiatrie et réadaptation pédiatrique ▪ Planification des naissances ▪ Pneumologie pédiatrique, incluant programme de fibrose kystique

Site	Services offerts en 2016
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouponnière ▪ Procréation médicalement assistée ▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques ▪ Rhumatologie pédiatrique ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs pédiatriques ▪ Transport néonatal provincial ▪ Urgence pédiatrique ▪ Urologie pédiatrique CHUL - Volet adulte ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ▪ Chirurgie générale ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hémodynamie ▪ Immunologie-allergie ▪ Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine interne ▪ Orthopédie ▪ Rhumatologie ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence adulte
<p>Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est du Québec (CEBMEQ) ▪ Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est du Québec (CEVBGEQ) ▪ Centre de référence en neurologie pour l'est du Québec ▪ Centre suprarégional de neurochirurgie ▪ Centre tertiaire de traumatologie pour l'est du Québec ▪ Centre tertiaire AVC ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Médecine interne ▪ ORL ▪ Orthopédie ▪ Physiothérapie ▪ Pneumologie ▪ Programme d'Évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)

Site	Services offerts en 2016
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence
<p>Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banque d'yeux ▪ Cardiologie ▪ Centre suprarégional et surspécialisé en rhinosinusologie ▪ Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ▪ Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Dermatologie ▪ Gastroentérologie ▪ Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein ▪ Médecine interne ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Ophtalmologie (Centre universitaire d'ophtalmologie) ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Pneumologie ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urgence ophtalmologique
<p>L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie hépatobiliaire ▪ Chirurgie orthopédique oncologique ▪ Chirurgie plastique ▪ Chirurgie vasculaire et thoracique ▪ Dentisterie oncologique ▪ Dermatologie / chirurgie de Mohs ▪ Endocrinologie ▪ Épithésie ▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale ▪ Gastroentérologie ▪ Gynécologie oncologique ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Hémodynamie ▪ Médecine interne ▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) ▪ Neurologie ▪ Nutrition parentérale à domicile ▪ ORL

Site	Services offerts en 2016
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pneumologie ▪ Programme de soutien aux laryngectomisés - aide à la communication (SAL-PAC), pour tout l'est du Québec ▪ Radio-oncologie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie oncologique
<p>Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale ▪ Centre de référence suprarégional en maladies vasculaires ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie gynécologique ▪ Chirurgie vasculaire ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne ▪ Obstétrique ▪ Orthopédie ▪ Planification des naissances ▪ Pouponnière ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie

Statistiques opérationnelles

UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC

Chaque jour, le personnel du CHU de Québec-Université Laval :			Année 2016-2017	Année 2015-2016	
Fournit des soins à	1 195	personnes hospitalisées	436 200	518 717 ^a	jours présence
dont	61	en pédiatrie	22 295	27 844	jours présence
Admet	180	personnes dans ses hôpitaux	65 614	68 709 ^b	admissions annuelles
Réalise	21	accouchements	7 756	8 332	accouchements
Fournit des soins à	52	nouveaux nés pour des soins spécialisés	18 851	18 441	jours présences
Reçoit	646	visites dans ses urgences dont 148 arrivent en ambulance	235 851	236 918	visites annuelles
dont	86	sont hospitalisés	31 434	31 487	admission via l'urgence
Reçoit	2 338	visites dans ses cliniques externes spécialisées	584 579	572 474	visites annuelles
dont	1 355	visites adultes	494 680	488 024	visites annuelles
dont	360	visites enfants	89 899	85 559	visites annuelles
Accueille	421	patients en médecine de jour et hôpital de jour	105 202	100 967	visites annuelles

^a Une diminution est notée puisque que les données de 2015-2016 incluent les jours présence sur les unités qui ont été transférées au CIUSSS-CN en novembre 2016.

^b Une diminution est notée puisque que les données de 2015-2016 incluent les jours présence sur les unités qui ont été transférées au CIUSSS-CN en novembre 2016.

UNE JOURNÉE AU CHU DE QUÉBEC

Chaque jour, le personnel du CHU de Québec-Université Laval :			Année 2016-2017	Année 2015-2016	
Accueille	265	patients dans ses blocs opératoires	66 189	66 582	usagers
Réalise	268	Chirurgies	67 088	67 597	chirurgies
dont	145	patients de chirurgie d'un jour	36 238	35 876	usagers
Traite	216	nouvelles requêtes pour des chirurgies électives	54 081	52 614	requêtes
Réalise	253	examens en endoscopies	63 364	69 552	examens
Réalise	16	mises traitement en radio-oncologie	4 094	4 008	mises en traitement
Réalise	130	traitements en hémato-oncologie	32 533	32 582	
Réalise	280	traitements en hémodialyse sous toutes ses formes	70 069	71 379	traitements
Réalise	49 741	procédures de laboratoires	18 155 444	17 234 861	procédures annuelles
Réalise	2 628	procédures d'imagerie médicale	656 917	637 256	procédures annuelles
Complète	10 239	ordonnances de médicaments	3 737 186	3 345 195	ordonnances annuelles
Effectue	1 214	retraitements d'instruments médicaux	442 984	450 520	retraitements annuels
Prépare et sert	9 102	repas	3 322 274	3 338 165	repas/année
Accommode	46	personnes dans son service d'hôtellerie	16 623	16 692	jours présence
Assure la maintenance et le fonctionnement d'un parc de plus de	40 000	équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à 230 M\$			
Entretient des superficies totalisant	444 806	mètres carrés			

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

Le réseau de la santé, avec son lot de défis, est loin d'être une mer calme et sans vent. L'année 2016-2017 qui se terminait le 31 mars en fut une démonstration probante, notamment pour notre organisation. Elle fut exigeante, mais grâce à notre ambition d'équipe de vouloir toujours faire mieux pour nos patients, et de nos efforts soutenus, nos réalisations ont été remarquables à plus d'un égard!

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

Pour prioriser l'expérience patient, nous avons redoublé d'effort afin d'améliorer l'accès dans les secteurs prioritaires notamment, par la réalisation du projet ministériel d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (APSS) pour la première ligne. Ce projet majeur permettra de faciliter l'accès en simplifiant la référence en deuxième et troisième ligne pour le médecin traitant, tout en simplifiant la prise de rendez-vous pour le patient et en réduisant le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Nous avons également débuté la réorganisation des chirurgies urologiques à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) pour augmenter l'accès à la clientèle. Nous avons réalisé 2 des 3 phases d'implantation d'une clinique de planification et préparation chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ). Finalement, nous avons intensifié la révision du plan clinique de médecine, en se concentrant sur plusieurs spécialités, dont l'hémato-oncologie adulte, la dermatologie et l'immuno-allergologie.

Afin d'atteindre les plus hauts standards de qualité, nous avons poursuivi la mise en place de notre système de gestion. Inspiré de la méthode *Lean*, le système table sur les concepts d'amélioration continue afin d'agir en cohérence avec nos orientations stratégiques. Notre système de gestion s'implante de plus en plus largement, avec sa consolidation à HSFA, ainsi que son déploiement au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), à l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) et dans plusieurs directions transversales et de soutien. Son impact positif sur les équipes et l'organisation se fait de plus en plus sentir.

L'intégration du Système d'information clinique axé sur la trajectoire en oncologie (projet SICTO) à Cristal-Net nous permet maintenant de centraliser les données en oncologie pour éviter la duplication de base de données ainsi que la double et la triple saisie de la même information sur plusieurs plateformes. En étant intégré à Cristal-Net, noyau central de l'information patient, SICTO contribue à une meilleure organisation de celle-ci.

De plus, le comité de pilotage du chantier de la pertinence des actes médicaux et cliniques a poursuivi ses travaux de façon régulière. Quinze projets sont actuellement suivis touchant principalement l'imagerie médicale, les analyses de laboratoires, la révision de certaines fournitures ou molécules et les pratiques coûteuses.

Nous ne manquons pas non plus de réussites pour nous **distinguer parmi les meilleurs**. Notre organisation continue d'afficher l'une des meilleures performances financières du réseau, grâce notamment à une vigie et gestion budgétaire rigoureuse. Plus de 40 dossiers particuliers font l'objet de suivis particuliers au comité des grands générateurs de coûts. L'implantation de notre système de gestion contribue par ailleurs à une gestion quotidienne serrée de l'épisode de soins d'un patient. Les compressions imposées à notre organisation ne nous ont pas permis de terminer l'année en équilibre budgétaire.

Le plan stratégique pour favoriser la recherche clinique se concrétise. Un comité directeur a été formé, un plan de travail a été élaboré, des consultations ont été menées, des pistes d'action ont été dégagées et un premier jet sera bientôt soumis afin de poursuivre les validations auprès des acteurs concernés.

De plus, nous ne ménages pas nos efforts pour **construire un véritable CHU**. Nous sommes sur le point d'amorcer la construction des édifices de la phase 1 de notre nouveau complexe hospitalier, après avoir notamment obtenu le feu vert gouvernemental et complété plusieurs livrables préalables, toujours dans le

respect du budget et de l'échéancier. Nous poursuivons en parallèle la planification de la phase 2 de ce grand projet.

Résumer tant d'efforts en si peu de mots est hasardeux, nous en convenons. Cela nous donne toutefois une bonne idée de l'ampleur du travail accompli au cours de la dernière année. Et justement, comme les défis auxquels nous nous attaquons sont d'une grande ampleur, vous ne serez pas surpris de voir plusieurs d'entre eux se retrouver encore parmi nos priorités pour l'année 2017-2018.

Toujours faire mieux pour nos patients est une quête collective, qui s'effectue jour après jour, par petits pas, et pour laquelle la ténacité et le travail d'équipe sont nos meilleurs alliés. Nous maintenons notre cap grâce au travail de nos infirmières, nos médecins, nos chercheurs, nos professionnels de la santé, nos préposés, nos gens de métier, nos employés dans les secteurs administratifs, nos bénévoles, nos gestionnaires.

Nous remercions également tous nos partenaires, dont l'IUCPO et le CIUSSS-CN ainsi que la Fondation du CHU de Québec-Université Laval, qui continuent à se dépasser et contribuent à l'humanisation des soins de même qu'à l'avancée de la recherche.



Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



Gertrude Bourdon
Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité de l'établissement

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du CHU de Québec-Université Laval :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

A handwritten signature in black ink, reading "Gertrude Bourdon". The signature is fluid and cursive, with the first letters of the first and last names being capitalized and prominent.

Gertrude Bourdon,
Présidente-directrice générale

Activités de l'établissement (faits saillants)

Le travail accompli tout au long de l'année par nos équipes afin de consolider et d'améliorer l'accès dans les secteurs priorités nous a permis de réaliser des gains au bénéfice des patients et de nos équipes. La poursuite de l'implantation de notre système de gestion dans notre organisation, inspiré de l'approche *lean*, a permis aux gestionnaires d'intégrer des approches d'amélioration continue au quotidien, favorisant des gains d'efficacité et la concentration de nos actions sur les patients. La poursuite du projet de Nouveau complexe hospitalier nous permet de continuer de construire tous les jours un véritable CHU.

Orientation 1

Nous prioriserons l'expérience patient

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

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Améliorer l'accès dans les secteurs priorités

- Réalisation du projet d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (APSS) pour la première ligne en prioritant, pour la première phase, neuf (9) spécialités ciblées par le MSSS et en mettant en place un premier pôle en imagerie. Ces spécialités sont :
 - Gastroentérologie
 - Oto-rhino-laryngologie (ORL)
 - Urologie
 - Pédiatrie générale
 - Cardiologie
 - Orthopédie
 - Ophtalmologie
 - Néphrologie
 - Neurologie

Ce projet permet de simplifier la référence en deuxième et troisième ligne pour le médecin traitant, à simplifier la prise de rendez-vous pour le patient et à réduire le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

- Optimisation de l'organisation de l'urologie à HSFA. En lien avec les besoins requis pour l'aménagement d'une salle d'opération hybride au bloc opératoire, des travaux sont en cours pour relocaliser l'activité urologique ambulatoire (endoscopie, bilan urodynamique et autres) faite au bloc opératoire de façon historique, dans les locaux des cliniques externes. Le tout sera complété pour juin 2017. Ces aménagements favoriseront la consolidation du volet enseignement par l'aménagement d'espaces à cette fin.
- Révision des processus et réaménagement physique du secteur préopératoire à L'Hôtel-Dieu de Québec. Ce projet d'envergure comportant trois phases avec d'importants travaux de révision des processus cliniques jumelés à des travaux d'immobilisation qui se sont déroulés pendant toute l'année 2016. Ce projet permet une meilleure gestion des listes d'attente en chirurgie et une amélioration des délais d'accès pour les patients.
- Poursuite des travaux de déploiement du nouveau logiciel eRDV dans le CHU afin d'obtenir une refonte complète du logiciel de prise de rendez-vous, de façon à évoluer vers une gestion multisite et une gestion des rendez-vous et des listes d'attente conforme aux orientations ministérielles.

- Mise en place du Centre de référence en rhinosinusologie à HSS. Ce centre regroupant quatre médecins oto-rhino-laryngologistes détenant une surspécialité en rhinosinusologie, est une première au Canada. Cette organisation des soins spécialisés dans la région de Québec apporte des gains substantiels pour la clientèle en termes de qualité de soins, d'opportunités d'acquisition d'équipements de pointe, d'ajout à l'enseignement offert à la relève médicale et à la participation de projets de recherche d'envergure internationale.

L'expérience patient est également au cœur de nos priorités. À ce niveau, certaines actions au-delà des services cliniques à proprement dit ont été réalisées :

- Conception et mise en ligne du nouveau site Internet du CHU permettant de prolonger sur Internet l'expérience de soins et des services reçus dans nos hôpitaux pour le patient.
- Conception et mise en place du projet d'harmonisation et d'amélioration régionale de l'offre alimentaire pour la clientèle. Les menus sont adaptés pour répondre aux besoins des différentes clientèles. Sachant que plus de 50 % de la clientèle en hébergement requiert une texture adaptée pour sa nourriture, l'amélioration de l'offre alimentaire permettra notamment aux personnes atteintes d'un problème de dysphagie et aux personnes âgées de conserver le plaisir et le goût de manger. En plus d'être sécuritaires, les mets à texture adaptée se doivent d'être appétissants; l'objectif étant que l'offre alimentaire soit adéquate et variée.

Orientation 2

Nous atteindrons les plus hauts standards de qualité.

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

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Poursuivre l'implantation de notre système de gestion

- Plusieurs activités et actions s'inscrivent dans cet important changement de culture organisationnelle, à savoir une culture d'amélioration continue de la qualité. Le système de gestion vise à inclure de façon standardisée les concepts d'amélioration continue dans notre fonctionnement quotidien de façon à ce que l'ensemble des actions de l'organisation soit alignées sur les objectifs et les orientations stratégiques du CHU.
- Consolidation de l'implantation du système de gestion à HSFA.
- Implantation du système de gestion au CHUL et à HSS.
- Implantation du système de gestion dans plusieurs directions de soutien expert afin de contribuer à l'allègement de la charge administrative du secteur clinique et de rendre plus fluides certains processus au bénéfice des gestionnaires cliniciens.
- Mise en place d'un projet lean au service de pathologie de L'HDQ qui a permis notamment diminution significative de 40 % en moyenne du délai de transformation des spécimens en lame.
- L'intégration du Système d'information clinique axé sur la trajectoire en oncologie (projet SICTO) à Cristal-Net nous permet maintenant de centraliser les données en oncologie pour éviter la duplication de base de données ainsi que la double et la triple saisie de la même information sur plusieurs plateformes. En étant intégré à Cristal-Net, noyau central de l'information patient, SICTO contribue à une meilleure organisation de celle-ci.

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

- Le comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique suit actuellement quinze projets touchant principalement l'imagerie médicale, les échographies obstétricales, la révision de l'utilisation de certaines fournitures ou molécules, les analyses de laboratoire et les pratiques coûteuses.
- L'UETMIS et l'équipe de recherche du Dr François Rousseau travaillent à l'élaboration et à la validation d'un outil multicritères d'aide à la décision dont l'objectif est d'aider à sélectionner les projets de pertinence les plus porteurs et que pourra soutenir le comité de pilotage.
- Finalisation du rehaussement du système d'information des laboratoires (SIL) en regroupant sur un même SIL l'ensemble des laboratoires de la grande région de la Capitale-Nationale, incluant ceux de Charlevoix et Portneuf. Le laboratoire de l'IUCPQ est toutefois encore en processus d'implantation qui est prévue se finaliser en cours de la prochaine année.

Orientation 3

Nous nous distinguerons parmi les meilleurs

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

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Poursuivre l'amélioration de notre performance financière

- En 2016-2017, plusieurs chantiers amorcés au cours des années précédentes s'intensifient et plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer notre performance financière. Le comité de suivi des projets d'optimisation et des grands générateurs de coûts, les fournitures médicales et chirurgicales ont été priorisés afin de mieux contrôler les coûts :
 - Le comité assure une vigie sur plus de 40 dossiers particuliers qui font entre autres l'objet des sujets discutés à chacune des réunions du comité de vérification. La cible de 2016-2017 de 4,2 M\$ ne sera pas atteinte dû à la contre-performance en assurance salaire de 1,2 M\$, aux coûts de formation et d'orientation en hausse de 0,9 M\$ et au coût des fournitures médicales en hausse de 0,5 M\$.
- Nous poursuivons l'actualisation des budgets réalistes et performants. Les heures travaillées sont en écart favorable de plus de 100 000 heures après 13 périodes par rapport au budget. Depuis les trois dernières années, ce sont 300 000 heures travaillées de moins que nous avons utilisées.
- Amélioration de la cogestion médico-clinico-administrative dans nos stratégies pour atteindre l'équilibre budgétaire et assurer un leadership dans l'organisation efficace des soins et des services.
- Implantation du projet d'efficacité énergétique de HSFA afin de réaliser des économies substantielles tout en diminuant les émissions de gaz à effet de serre (GES). En chiffres, cela représente des économies annuelles de l'ordre de 650 000 \$ et une réduction de 3 735 tonnes de GES.

Atteindre l'équilibre budgétaire

- Le contexte budgétaire difficile du réseau, avec les mesures d'optimisation et de réduction de dépenses, année après année, a mis une pression importante et accrue sur l'équilibre budgétaire du CHU pour 2016-2017. Bien que pendant douze ans, le CHU a pu respecter l'équilibre budgétaire et a pris, chaque année, les moyens pour y parvenir, la hauteur de l'effort pour notre établissement en 2015-2016 et cette année se situait de plus de 34,9 M\$, dont 16 M\$ uniquement pour la pertinence des actes médicaux et cliniques. Pour 2016-2017, le déficit s'élève à 6,4 M\$.

Favoriser la recherche clinique

- Développer un plan stratégique concerté regroupant l'ensemble des chercheurs cliniciens du CHU.
- Un comité directeur restreint a permis d'élaborer un plan de travail qui comprend les grands axes d'intervention, les stratégies de consultation auprès des chercheurs cliniciens et les divers livrables afin de planifier la présentation du plan stratégique de la recherche clinique au C. A. en juin 2017.

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

Le centre de recherche du CHU est le plus important centre francophone de recherche en santé en Amérique du Nord. L'an dernier, son financement totalisait plus de 91,5 millions de dollars. À la suite du sondage réalisé en 2016 par la firme torontoise *Research Infosource*, qui compile annuellement les revenus de recherche de 40 établissements canadiens, nous avons progressé de deux positions, ce qui nous classe au neuvième plus important centre de recherche au pays. Chaque dollar en subvention reçu du Fonds de recherche du Québec en santé en génère 14 autres, principalement de l'extérieur du Québec. Notre centre de recherche est un pilier du positionnement de la région en sciences de la vie. Il agit aussi comme incubateur de plusieurs compagnies biomédicales, telle GenePOC, BD Diagnostics, Folia Biotech et InflammatoRx. L'objectif ultime de nos chercheurs est l'émergence de percées scientifiques applicables jusqu'au chevet des patients, là même où les équipes spécialisées et surspécialisées du CHU travaillent de concert pour améliorer la qualité des soins, dans le cadre d'une expérience patient axée sur l'expertise, l'humanité et le respect.

Voici quelques-unes de leurs récentes percées scientifiques :

- Réalisation de la première étude clinique sur un vaccin contre le virus Zika au Canada ;
- Identification d'une nouvelle piste sur le rôle de la réparation de l'ADN dans les cas de cancer ;
- Identification d'une nouvelle cible thérapeutique pour le traitement de la sclérose en plaques ;
- Découverte d'une nouvelle façon d'évaluer et d'atténuer le risque de rejet d'organe avant une greffe, qui pourrait aussi augmenter l'efficacité de différentes procédures de manipulation et de transport d'organes ;
- Participation à la conception de nanoparticules de polymère biodégradables, 2 500 fois plus petites qu'un cheveu, qui peuvent retirer efficacement plus de 22 types de polluants de l'eau et des sols ;

Développement d'un nouveau modèle de peau reconstruit en laboratoire à partir d'un derme décellularisé allogénique et d'un épiderme autologue, ce qui permettra d'offrir des greffes dans un délai plus rapide, ainsi que de reconstruire des substituts vasculaires.

	2015-20116	2016-2017 ⁵
NOMBRE DE CHERCHEURS		
Réguliers et associés	317	350
Affiliés	192	174
TOTAL CHERCHEURS	509	524
ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX		
Stagiaires postdoctoraux et fellow	112	102
Doctorat	437	447
Maîtrise	322	362
TOTAL ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	871	911
FINANCEMENT		
Financement total	85 701 334\$	91 426 583 \$
PUBLICATIONS		
Publications	995	1 085
Volumes ou chapitres de livre	39	44
Communications à des congrès	939	748
TOTAL PUBLICATIONS/COMMUNICATIONS	1 973	1 877

⁵ Données au 31 mars 2016 : les données au 31 mars 2017 seront validées au cours de l'automne 2017. Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec 2015-2016*.

L'enseignement au CHU de Québec

	JOURS STAGES	
	TOTAL	ETC ¹
ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE		
1. ENSEIGNEMENT MÉDICAL		
Formation médicale		
Introduction à l'externat	1234,0	4,7
Externat	44885,0	172,6
Résidence	130920,0	503,5
Total de la formation médicale	177039,0	680,9
Formation en médecine dentaire		
Stagiaire en médecine dentaire	275,0	1,1
Résidence en médecine dentaire multidisciplinaire	106,0	0,4
Résidence en gérodentologie	56,0	0,2
Résidence en chirurgie buccale et maxillo-faciale	1730,0	6,7
Total de la formation en médecine dentaire	2167,0	8,3
TOTAL DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL	179206,0	689,3
2. AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES DE LA SANTÉ		
Pharmacie		
Stagiaire	5898,0	22,7
Résidence	3552,0	13,7
Total pharmacie	9450,0	36,3
Formation paramédicale		
Audiologie	96,0	0,4
Biochimie clinique	252,0	1,0
Ergothérapie	568,0	2,2
Kinésiologie	97,0	0,4
Nutrition	3493,0	13,4
Orthophonie	362,0	1,4
Physiothérapie	1242,0	4,8
Psychologie	678,5	2,6
Sciences infirmières	10180,0	39,2
Service social	713,0	2,7
Total de la formation paramédicale	17681,5	68,0
TOTAL AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES DE LA SANTÉ	27131,5	104,4

	JOURS STAGES	
	TOTAL	ETC ¹
3. AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES		
Autres disciplines universitaires	327,0	1,3
TOTAL AUTRES DISCIPLINES UNIVERSITAIRES	327,0	1,3
TOTAL ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE		
	206664,5	794,9
ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL		
Soins infirmiers	36390,0	140,0
Technique de cytotechnologie	33,0	0,1
Technique de diététique	83,0	0,3
Technique d'éducation spécialisée	159,0	0,6
Technique d'électrophysiologie médicale	847,0	3,3
Technique d'inhalothérapie et de soins respiratoires	3146,0	12,1
Technique d'analyses biomédicales	2430,0	9,3
Technique de médecine nucléaire	45,5	0,2
Technique de radiodiagnostic	5412,0	20,8
Technique de radiothérapie	1141,0	4,4
Technique de soins préhospitaliers d'urgence	410,0	1,6
Technique de stérilisation	760,0	2,9
Autres disciplines collégiales	88,0	0,3
TOTAL ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL	50944,5	195,9
ENSEIGNEMENT SECONDAIRE		
Santé, assistance et soins infirmiers	11357,0	43,7
Assistance technique en pharmacie	861,5	3,3
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	3885,0	14,9
Secrétariat - Secrétariat médical	335,0	1,3
Hygiène et salubrité	150,0	0,6
Autres disciplines (MMF. Cuisine, Photographie médicale)	251,0	1,0
TOTAL ENSEIGNEMENT SECONDAIRE	16839,5	64,8
GRAND TOTAL		
	274448,5	1055,6

¹ Équivalent temps complet

Orientation 4

Nous construisons un véritable CHU

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

Voici quelques faits saillants en lien avec les objectifs :

Poursuivre notre projet de nouveau complexe hospitalier

- Poursuite des plans et devis préliminaires de la radio-oncologie, des phases de conception des secteurs de l'oncologie du CIC et du NCH, comprenant la révision de l'organisation du travail et des modes de fonctionnement afin d'amorcer les travaux sur la transition.
- Poursuite de la démarche lean au NCH avec les maquettes grandeur nature où les cliniciens, médecins et différents professionnels du CHU ont pu tester les pièces types du futur hôpital.
- Dépôt du dossier d'affaires de la phase 1 en décembre 2016 aux autorités gouvernementales afin d'obtenir l'autorisation de réaliser le projet.
- Mise sur pied du comité de voisinage qui se veut un lieu d'échange dynamique et une porte ouverte sur la communauté, le tout dans une volonté de transparence et de communication.
- Autorisation de conception de la phase 1, incluant notamment pour les activités de radio-oncologie, du centre intégré de cancérologie, de la centrale d'énergie et du bâtiment des génératrices.

Principaux projets de développement immobiliers au CHU

CHUL	Coûts
Mise à niveau des unités de soins adultes - phase 1	1 413 000 \$
Mise aux normes des pharmacies du CMES	182 000 \$
Mise aux normes des pharmacies du CMES	931 000 \$
Remplacement de caniveau électrique au bloc T	86 000 \$
Réaménagement de l'accès principal au Centre Mère-Enfant Soleil	80 000 \$
Mise aux normes - Hall d'issus - transport adapté	1 095 000 \$
Remplacement d'un transformateur aile P	119 000 \$
Installation d'une conduite d'alimentation secondaire (by-pass) d'eau froide domestique	95 000 \$
Travaux pour sécuriser le balcon de l'UCDG	46 000 \$
Rénovation unité de soins 4SO en psychiatrie	21 000 \$
Réfection des toitures des blocs B, C et N	109 000 \$
Installation de grilles gratte-pied à l'entrée principale	91 000 \$
Mise aux normes en sécurité incendie dans un local d'entreposage	26 000 \$
Changement des mains courantes en bois dans les corridors du 1er Sud-Est	16 000 \$
Ajout de filtration Hepa système A-100B, A-6A et A-5A - impact Robot ophtalmique	87 000 \$
Sous-total	4 397 000 \$

Hôpital de l'Enfant-Jésus	Coûts
Réaménagement des salles de consultation en orthopédie - phase 2	179 000 \$
Remplacement de la graphie de la salle no 8	334 000 \$
Rehaussement électrique de l'aile D	31 000 \$
URDM endoscopie digestive	24 000 \$
Décontamination du vide technique - Buanderie Partagec	23 000 \$
Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie	1 216 000 \$
Réfection de l'entrée électrique principale	1 906 000 \$
Mise aux normes des réservoirs pétroliers	68 000 \$
Aménagement d'une salle intégrée en neurochirurgie	139 000 \$
Réaménagement des salles de consultation en orthopédie - phase 2	67 000 \$
Remplacement de deux laveurs ultrasonique et de deux stérilisateurs à basse température	278 000 \$
Étude et réfection de la salle Irma LeVasseur	567 000 \$
Sous-total	4 832 000 \$

Hôpital du Saint-Sacrement	Coûts
Réorganisation régionale des services en oto-rhino-laryngologie (Volet administratif) - impact caractérisation et enlèvement d'amiante	64 000 \$
Réaménagement de la salle de graphie et fluoroscopies	1 533 000 \$
Réaménagement de la salle de graphie et fluoroscopies - impact mammographie	149 000 \$
Modification des réseaux d'alimentation et de retour des génératrices existantes	13 000 \$
RDE-Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie	291 000 \$
Réaménagement de la cuisine	357 000 \$

Ajout d'une 2 ^e entrée d'eau	98 000 \$
Salle intégrée no 3 au bloc opératoire	130 000 \$
Réorganisation et déménagement des casiers	59 000 \$
Sous-total	2 694 000 \$

Hôpital Saint-François d'Assise	Coûts
Maintien d'actifs au bloc opératoire - Lot 1: Salles 4 à 13	134 000 \$
Remplacement de lampes pour chirurgie mineure en endoscopie	22 000 \$
Remplacement de hottes chimiques au laboratoire cytogénétique au A-2000	221 000 \$
Relocalisation de la salle d'urologie au A1	282 000 \$
Remplacement de la résonance magnétique - Analyse d'impact	85 000 \$
Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie	1 686 000 \$
Réfection et travaux correctifs de la maçonnerie - Impact gaz médicaux (pouponnière temporaire)	16 000 \$
Sous-total	2 446 000 \$

L'Hôtel-Dieu de Québec	Coûts
Mise aux normes du fonctionnement des hottes en microbiologie	83 000 \$
Réaménagement de la salle de graphie #18	192 000 \$
Aménagement d'une clinique pré-opératoire à L'HDQ	280 000 \$
Installation d'un accélérateur à L'HDQ	491 000 \$
Réfection des ascenseurs 3, 4 et 5	1 500 000 \$
Sous-total	2 546 000

TOTAL des principaux projets de développement immobiliers	16 915 000 \$
--	----------------------

Acquisition d'équipements 2016-2017

En 2016-2017, le Service-conseil de génie biomédical a mené à terme plusieurs dossiers d'acquisition d'équipements, pour une somme de plus 19 000 000 \$, en voici quelques exemples :

Service	Projet	Montant
CHUL		
Audiologie CHUL	Cabines audiométriques	109 455 \$
Bloc op. chirurgie CHUL	Lampes opératoires (3X)	56 350 \$
Bloc op. neurochirurgie pédiatrique CHUL	Équipements médicaux "Life Saving"	200 000 \$
Cons. ext. gastro. CHUL	Échoendoscope radial	84 550 \$
Écho. obstétricale CHUL	Appareils de désinfection des sondes endovaginales (3x)	130 072 \$
Électrophysiologie pédopsy.	Électroencéphalographe numérique (1x)	75 759 \$
Immunologie CHUL	Thermocycleur PCR (4X)	18 220 \$
Médecine nucléaire CHUL	Caméra Gamma	595 467 \$
Microbiologie CHUL	Remplacement d'un appareil d'électrophorese pour la détection des virus respiratoires	43 275 \$
Néonatalogie A2100 CHUL	Ventilateur haute fréquence 6X	207 231 \$
Planning familial	Échographe obstétrical compact	49 868 \$
Plateform. diagno. mol. CHUL	Ajout d'un PCR-Temps réel	36 991 \$
Plateform. diagno. mol. CHUL	Ajout d'un bioanalyseur	58 634 \$
Urgence CHUL	Échographe compact	54 588 \$
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS		
Bloc op. HEJ	Chariot d'intubation difficile	76 169 \$
Bloc op. HEJ	Échographe anesthésie	46 185 \$
Bloc op. HEJ	Électrochirurgie bipolaire (2x)	52 633 \$
Bloc op. HEJ	NeuroNavigateur	199 000 \$
Cons. ext. gastro. HEJ	Système de guidage endoscopique (x4)	92 160 \$
Laboratoire intégré HEJ	Appareil de coagulation	39 196 \$
Laboratoire intégré HEJ	Chromatographe GC-MS par un LC/MS/MS	179 615 \$
Soins intensifs P2000 HEJ	Hémofiltration (3x)	123 917 \$
Un. retrait. dispos. méd. HEJ	Laveur ultrasonique avec irrigation	57 784 \$
HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT		
Consultation O.R.L. HSS	Équipements médicaux pour le Centre de référence en rhinosinusologie"	907 000 \$
HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE		
Bloc op. HSFA	Salles intégrées de laparoscopie (salle 7 et 8)	615 000 \$
Consultation O.R.L. HSS	Tours d'endoscopie (2x)	43 459 \$
Ens. tech. radiodiagnostic HSS	Échographe du sein	184 954 \$
Médecine nucléaire HSFA	Remplacement d'un compteur à puit avec sonde à captation thyroïdienne	35 134 \$
Radiodiagnostic HSS	Salle 5 fluoroscopie	600 383 \$

Service	Projet	Montant
Un. retrait. dispos. méd. HSFA	Remplacement des deux Stérilisateurs basse température	107 113 \$
L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC		
Angioradiologie HDQ	Échographie compact interventionnel	124 055 \$
Bloc op. chirurgie HDQ	Lampes chirurgicales (18 coupoles)	214 535 \$
Bloc op. ORL HDQ	Tour d'endoscopie	77 463 \$
Chirurgie générale HDQ	Pompe à succion	38 125 \$
Diagnostic moléculaire HDQ	Thermocycleur PCR (2X)	4 589 \$
Radiodiagnostic HDQ	Salle de graphie #18	385 254 \$
Radio-oncologie HDQ	Accélérateur linéaire (1x) et Système d'Information clinique	8 623 947 \$
Support à la pharmacie HDQ	Pompes à médicaments (25x)	78 907 \$
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL		
DC Périopératoire	Pompes péridurales - obstétrique	500 000 \$
Direction des soins infirmiers	Saturomètre portatifs (38X)	36 774 \$
AUTRE		
Laboratoire intégré HSAB	Appareil de coagulation	39 196 \$

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

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

Dans ce rapport, nous vous présentons les résultats de deux mesures de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se sont tenues sur toutes les unités de soins du CHU. Ces mesures se sont déroulées le 24 novembre 2016 et le 23 février 2017.

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

Pour l'ensemble du CHU, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle s'est établi à 4,48% et à 4,02%.

Date Site	2013-2014	2014-2015		2015-2016	2016-2017	
	Novembre - décembre 2013	Juin 2014	Mars 2015	Mars 2016 ¹	Novembre 2016	Février 2017 ²
HEJ	11,9 %	14,71 %	7,44 %	6,78 %	8,93 %	10,03 %
HSS	5,4 %	1,32 %	3,56 %	6,92 %	3,91 %	3,00 %
CHUL	3,3 %	1,13 %	1,67 %	1,82 %	0,99 %	1,01 %
HSFA	3,2 %	0,8 %	2,57 %	2,49 %	3,29 %	2,16 %
HDO	3,3 %	2,48 %	2,22 %	1,76 %	1,86 %	1,62 %
CHU	6,10 %	5,26 %	3,84 %	3,85 %	4,48 %	4,02%

Pour l'année 2016-2017, on constate une légère augmentation de l'utilisation des mesures de contrôle, et ce, principalement pour le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Voici comment les taux de prévalence s'établissent par site:

1. Depuis mars 2016, les unités de gériatrie et de psychiatrie cédées au CIUSSS de la Capitale-Nationale ne sont plus comptabilisées.
2. Quatre unités de soins n'ont pas répondu à la mesure de prévalence de février 2017.

Au cours de l'année 2016-2017, le règlement sur le protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques a été révisé. Ce dernier a été présenté à différents comités et instances de l'établissement avant d'être adopté au Conseil d'administration le 6 février 2017.

En mars 2017, un plan de communication a été mis en œuvre et des formations sur le nouveau protocole d'application des mesures de contrôle ont été offertes à 770 professionnels du CHU.

La sensibilisation des professionnels face à l'utilisation des mesures de remplacement aux mesures de contrôle s'est poursuivie, entre autres, par des formations sur le nouveau protocole d'application et sur l'approche adaptée à la personne âgée, ainsi que par la formation OMÉGA.

En terminant, pour l'année 2017-2018, des activités de consolidation sont prévues à la suite de l'implantation du nouveau protocole d'application des mesures de contrôle telles que des formations, du soutien clinique et des audits de qualité. Des travaux seront réalisés plus spécifiquement à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

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

Au cours de l'exercice 2016-2017, 1 345 dossiers ont été ouverts au Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. De ce nombre, 449 dossiers étaient des plaintes générales, alors que 89 ont été traités par les médecins examinateurs. Comparativement à l'exercice précédent, les résultats indiquent un nombre identique pour les plaintes générales, et une diminution de 3 % des plaintes médicales. De plus, 95% des plaintes générales ont été traitées dans un délai de 45 jours prévu par la Loi.

En ce qui concerne le pourcentage de répartition des motifs de plaintes générales, le motif le plus fréquent concerne les aspects financiers, avec 26 %, suivi par l'accessibilité (24 %), les relations interpersonnelles (24 %) et les soins et services dispensés (16 %). Par ailleurs, 20 recommandations ont été émises par la commissaire en cours d'année, dont 16 ont obtenu un suivi sous la forme d'une démarche d'amélioration ou d'un plan d'action. Les 4 autres recommandations étaient toujours en cours à la fin de l'exercice. Aussi, 41 % des motifs de plainte ont entraîné des mesures correctives.

À la fin de l'année 2016-2017, 36 dossiers avaient été acheminés au Protecteur du citoyen, ce qui représente 7 % des dossiers de plainte.

Pour les autres formes de demandes reçues par la commissaire, on peut remarquer une augmentation des interventions de 78 %, une augmentation de 48 % des consultations et une diminution de 33 % des demandes d'assistance.

Dossiers	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Écart
Plaintes générales	478	450	449	0 %
Plaintes médicales	177	92	89	↓ 3 %
Demandes d'assistance	422	447	299	↓ 33 %
Interventions	291	249	443	↑ 78 %
Consultations	84	37	65	↑ 48 %
TOTAL	1452	1275	1345	↑ 5,5 %

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

Conclusions

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

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

Suivis apportés aux recommandations d'Agrément Canada

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

- Le bilan comparatif des médicaments;
- Le consentement;
- Les pompes à perfusion;
- Le cheminement des usagers (prévention et gestion de l'engorgement à l'urgence);
- La prévention des chutes.

Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU pour la période du 1^{er} avril 2016 au 29 novembre 2016 :

Tous les patients visés par des mises sous garde dans les installations du CHU relèvent, depuis novembre 2015, du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Après vérification avec le CIUSSS, on nous mentionne qu'il n'y a aucun dossier concernant le CHU.

Rapport du Comité de gestion des risques

Suites apportées aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport

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

- Le bilan comparatif des médicaments;
- Le consentement;
- Les pompes à perfusion;
- Le cheminement des usagers (prévention et gestion de l'engorgement à l'urgence);

La prévention des chutes.

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

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

- La formation en ligne qui intègre des notions de gestion des risques, de déclaration, de divulgation et d'utilisation du logiciel GESRISK;
- Les activités de support et les contrôles de qualité sur les unités et services qui utilisent le formulaire électronique de déclaration des incidents et accidents;
- Des séances de formation portant sur la déclaration et la divulgation destinées aux résidents en médecine (obstétrique et gériatrie).

De plus, le déploiement du rapport électronique de déclaration des incidents et accidents a offert l'opportunité de promouvoir concrètement la déclaration et la divulgation auprès des intervenants. En mars 2017, le formulaire électronique était utilisé globalement pour plus de 98 % des déclarations d'incident et d'accident. Cette implantation à l'origine d'une fiabilité accrue des données et de leur disponibilité en temps réel, permet de mesurer divers indicateurs utilisés dans la salle de pilotage stratégique et auprès des équipes cliniques.

Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

L'établissement a reçu une recommandation du coroner en 2016-2017 portant sur ses modalités de complétion et de transmission des formulaires de continuité de soins destinés aux partenaires externes. Des rencontres de travail avec les partenaires internes et externes ont été tenues rapidement à la suite de la réception de l'avis du coroner et les mesures préventives et correctives sont implantées ou en voie de l'être.

Aussi, l'établissement a considéré l'ensemble des recommandations émises par le coroner dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux à des fins formatives et d'enseignement. Cet exercice a permis d'alimenter la réflexion des membres des groupes de travail portant sur la prévention des embolies, des chutes et des suicides.

Faits saillants issus du rapport annuel du comité de gestion des risques (incluant avis au CA/PDG et suites apportées à ces avis)

Au cours de l'année 2016-2017, les membres du comité de gestion des risques ont tenu quatre rencontres régulières : tant les événements sentinelles que les situations à risque ont fait l'objet de discussions et des suivis requis.

Au chapitre des faits saillants, notons :

- 4 rencontres du comité des événements sentinelles;
- 4 ateliers d'harmonisation des activités de gestion des risques;
- la tenue du Mois Promotion de la Qualité;
- l'émission d'avis d'expertise en gestion des risques;
- l'amélioration du rapport trimestriel portant sur la sécurité des usagers (meilleure réponse aux besoins et attentes, diffusion et fréquence accrues);
- la révision du règlement portant sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques et de celui portant sur la divulgation des accidents avec conséquences;

le début d'une démarche de consultation bonifiée liée au plan de sécurité institutionnel.

Principaux risques d'incident-accident mis en évidence au moyen du registre local de surveillance

Les principaux incidents et accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance Gesrisk sont les suivants :

- Incidents-accidents survenant dans le circuit du médicament (42 %) p.ex. omission ou retard d'administration d'un médicament;
- Chutes (21 %);

Incidents-accidents liés à un traitement (9 %) p.ex. omission de donner un traitement d'inhalothérapie.

Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de gestion des risques, des incidents et des accidents

Le comité de gestion des risques a émis deux recommandations au cours de l'année 2016-2017. La première concerne le parc des réfrigérateurs et congélateurs utilisés à des fins cliniques alors que la seconde vise l'amélioration du service de téléphonie interne. Dans les deux cas, les mesures préventives et correctives identifiées ont été implantées ou le seront sous peu.

De plus, il s'est assuré du suivi de certaines améliorations émises suite à l'analyse approfondie d'évènements indésirables survenus ou à une analyse prospective de risque. À ce chapitre, notons (liste non exhaustive) :

- Ajout d'alarmes pour les paramètres «minimum-maximum» du nombre de battements par minute sur le moniteur cardiaque de l'unité coronarienne afin d'accélérer le temps de réaction;
- Implantation d'une trousse «code 20» au CHUL afin de porter assistance à une personne en danger à l'extérieur de l'hôpital avant le transfert à l'urgence;
- Modification au système de caméras de surveillance des portes d'entrée sur une unité de pédiatrie;
- Réparation des grilles d'égouttage à l'entrée principale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus afin d'assurer un environnement sécuritaire lors des déplacements des usagers et des visiteurs;
- Révision de la trajectoire communicationnelle lors d'un appel de service au génie biomédical hors des heures ouvrables;
- Révision de l'aide-mémoire «Gestion des spécimens de pathologie au bloc opératoire» afin d'assurer la traçabilité et la conservation des spécimens;
- Création du guide de pratique professionnelle «Rôle de l'infirmière lors d'une thrombectomie mécanique en contexte d'accident vasculaire circulaire en angio-intervention» afin d'assurer un suivi sécuritaire de l'usager tout au long de l'intervention.

Finalement, les membres ont suivi particulièrement l'évolution des travaux relatifs à la gestion des avis-alertes-rappels, à l'optimisation du processus de gestion des événements sentinelles et au système de cloches d'appel.

Composition du comité :

Mme Elisabeth Bourassa, représentante du conseil d'administration - présidente;
M. Marc-André Gélinas, représentant du service de prévention et de promotion de la santé et de la sécurité du travail à la direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation - vice-président;
Mme Michèle Ricard, adjointe au directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles - gestionnaire de risques et secrétaire;
Mme Fanny Beaulieu, responsable au programme de prévention et de contrôle des infections;
M. Francis Bélanger, représentant du génie biomédical;
M. Martin Bolduc, représentant de la direction des finances;
M. Mario Chrétien, officier de radioprotection;
M. Charles Demers-Tremblay, substitut au responsable de la sécurité des actifs informationnels;
Mme Stéphanie Drouin, représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle;
Mme Josée Grégoire, représentante de la direction médicale des services hospitaliers;
Mme Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe, représentante de la présidente directrice générale;
M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles;
Mme Martine Lachance, directrice clientèle en médecine;
M^{me} Geneviève Larouche, représentante du département de pharmacie et représentant (pharmacien) de la Direction des services professionnels;
M. Denis Lavoie, répondant en sécurité civile et répondant de la Direction des services techniques;
Mme Esther Léonard, chef du service des bénévoles;
Mme Jocelyne Lévesque, représentante du conseil multidisciplinaire;
Mme Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers;
Mme Jasmine Martineau, directrices des services multidisciplinaires;
M. Guy Monette, personne désignée par le comité des usagers;
Mme Brigitte Robichaud, représentante du conseil des infirmières et infirmiers;
Dre Hélène Senay, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
Dr Carl Taillon, représentant (médecin) de la direction des services professionnels ;
Dr Matthew-John Weiss, représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Rapport du Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises durant l'année, soit les 6 juin et 11 novembre 2016 et les 23 janvier 2017 et 6 mars 2017.

Aucune nouvelle recommandation n'a été transmise au conseil d'administration. Le comité a fait le suivi des recommandations adressées par le Protecteur du citoyen et chacune de ces recommandations a été mise en application. De plus, le comité a effectué le suivi des recommandations adressées par la commissaire aux différentes directions, dont voici les principaux sujets ainsi que les suites qui ont été données :

Principaux sujets des recommandations qui ont été suivies par le comité	Suites ou améliorations apportées ou envisagées en suivi de ces recommandations
Effectuer l'évaluation des besoins particuliers d'un usager dans un contexte d'interdisciplinarité.	Des rencontres de l'équipe interdisciplinaire ont permis d'établir un plan d'intervention pour l'usager et de le mettre en application par la suite.
S'assurer de donner l'information juste aux usagers ou aux membres de leur famille en ce qui a trait aux aspects financiers lors d'une hospitalisation.	Des notes de service ont été émises et les gestionnaires ont assuré le suivi auprès des membres de leurs équipes.
Assurer l'évaluation clinique adéquate et le bon jugement professionnel pour la clientèle ambulatoire ayant des idées suicidaires.	Des rencontres interdisciplinaires ont permis de réviser les stratégies d'intervention et de mettre en place un algorithme décisionnel.
Faire connaître et appliquer la Politique d'accès du dossier médical.	Plan de communication et sensibilisation pour tout le personnel de l'équipe concernée, afin de s'assurer l'application de cette politique.

Composition du comité :

- Mme Suzanne Petit, présidente
- Mme Sylvie Lemieux
- Mme Marielle Philibert
- Mme Gertrude Bourdon
- Mme Angèle Dubé

Application de la politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie*
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice 2016-2017 : CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL - DU 10 DÉCEMBRE 2015 AU 9 DÉCEMBRE 2016

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les soins de fin de vie, la PDG a fait deux rapports au conseil d'administration de l'établissement ainsi qu'à la commission des soins de fin de vie.

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016. (selon la source codification Med-Echo)	1 768
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	90
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	74
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	56
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	18
	<ul style="list-style-type: none"> • détérioration rapide ou delirium ou état justifiant une sédation continue: 8 cas • transfert en maison de soins palliatifs : 4 cas • décès naturel avant l'AMM : 5 cas • refus (ne correspond pas aux critères de la loi) : 1 cas 	

Les données présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

Effectifs de l'établissement au 31 mars 2016

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

CHU de Québec		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2016-04-03 au 2017-04-01	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	812 812	1 132	813 943	444	495
	2015-16	785 698	535	786 233	430	487
	2016-17	736 906	186	737 092	403	464
	Variation	(9,3 %)	(83,6 %)	(9,4 %)	(9,2 %)	(6,3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 495 963	7 924	1 503 887	811	1 071
	2015-16	1 431 204	8 171	1 439 375	774	1 076
	2016-17	1 261 160	7 196	1 268 356	679	909
	Variation	(15,7 %)	(9,2 %)	(15,7 %)	(16,3 %)	(15,1 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	7 252 349	195 665	7 448 014	3 817	5 048
	2015-16	6 951 457	167 043	7 118 500	3 658	4 999
	2016-17	6 391 051	155 535	6 546 586	3 363	4 377
	Variation	(11,9 %)	(20,5 %)	(12,1 %)	(11,9 %)	(13,3 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 254 738	125 182	8 379 920	4 557	6 093
	2015-16	8 049 886	106 091	8 155 977	4 444	6 007
	2016-17	7 704 744	101 040	7 805 784	4 254	5 640
	Variation	(6,7 %)	(19,3 %)	(6,9 %)	(6,7 %)	(7,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 719 524	14 067	1 733 592	872	1 285
	2015-16	1 682 468	16 229	1 698 697	853	1 272
	2016-17	1 641 682	22 541	1 664 223	832	1 207
	Variation	(4,5 %)	60,2 %	(4,0 %)	(4,5 %)	(6,1 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	24 409	32	24 440	14	75
	2015-16	20 793	76	20 869	11	62
	2016-17	21 095	32	21 127	12	60
	Variation	(13,6 %)	2,1 %	(13,6 %)	(14,8 %)	(20,0 %)
Total du personnel	2014-15	19 559 794	344 002	19 903 796	10 515	13 792
	2015-16	18 921 506	298 145	19 219 651	10 170	13 661
	2016-17	17 756 637	286 530	18 043 168	9 543	12 458
	Variation	(9,2 %)	(16,7 %)	(9,3 %)	(9,2 %)	(9,7 %)

Cible 2016-2017 en heures rémunérées

18 314 247

Écart à la cible - en heures

(271 079)

* Les transferts d'effectifs entre le CHU, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec ainsi que les mesures d'efficacité expliquent l'atteinte de la cible par la diminution de 9,2% du nombre d'ETC.

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval - au 31 mars 2017

Au 31 mars 2017		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	Santé communautaire	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	262	183	98	266	83	39	931	1065
	Associés	47	8	13	46	5	1	120	
	Conseils	8	2	1	3	0	0	14	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	41	18	51	22	31	22	185	284
	Associés	33	2	23	18	14	2	92	
	Conseils	0	0	4	0	0	3	7	
PHARMACIENS	Actifs	40	37	35	36	22	0	170	175
	Associés	2	0	0	0	2	0	4	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	3	3	0	0	0	0	6	15
	Associés	2	0	3	0	0	2	7	
	Conseils	2	0	0	0	0	0	2	

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

En 2016 au Québec, il y a eu 170 donneurs d'organes, incluant 140 donneurs en diagnostic de décès neurologique (DDN) et 30 donneurs en décès cardiocirculatoire (DDC). La générosité de ses patients et de ses familles totalise 480 organes ayant pu être transplantés afin de sauver des vies ou d'améliorer la qualité. Grâce au travail acharné des professionnels en ce qui concerne l'identification, de référence et de maintien du donneur, le CHU a permis à 33 personnes (29 DDN et 4 DDC) de faire don de 124 organes. Au cours de cette dernière année, Transplant Québec a reçu 626 références pour des donneurs potentiels d'organes, de ce nombre 84 provenaient du CHU.

Les 479 références en don de tissus provenant du CHU ont résulté 124 donneurs, dont 121 tissus oculaires et 34 tissus humains. Comparativement à l'année 2015-2016, on note une progression de 31% des références à Héma-Québec.

Des changements importants sont survenus dans l'organisation du don d'organes et de tissus en 2016-2017. D'abord, le Dr Matthew Weiss a été nommé à titre de médecin coordonnateur en don d'organes au CHU à la suite du départ du Dr Michaël Chassé. M^{me} Danièle Goulet a été nommée à titre de directrice service clientèle - soins intensifs, traumatologie, neurosciences et coprésidente du comité de don d'organes et de tissus en remplacement de M. Gaétan Prévost. Il est aussi à noter que les infirmières ressources en don d'organes et de tissus offrent maintenant une garde sept jours par semaine, de 8 h à minuit et non plus 24 h par jour.

Priorités et principaux défis 2017-2018

- Élaboration d'un programme de don d'organes et de tissus et d'un plan d'action CHU;
- Ajustement des protocoles de DDC pour y inclure le prélèvement pulmonaire en DDC;
- Élaboration d'un protocole de don d'organes après l'aide médicale à mourir (AMM);
- Poursuite de la formation aux résidents des disciplines neurosciences, USI et urgence;
- Envoi de sondages aux familles approchées pour le don d'organes et de tissus;
- Participation à l'étude DONATE.

Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec



EVAQ travaille depuis plus de 35 ans à mettre en œuvre divers projets visant à réduire le délai de prise en charge et optimiser la qualité des soins et la sécurité auprès de la clientèle desservie.

Ces inlassables efforts ont notamment permis dans la dernière année de stabiliser les effectifs médicaux en accord avec le MSSS, de mettre en place une procédure de transbordement efficace, de finaliser le déploiement d'un programme d'échange d'isolettes pour transporter de façon sécuritaire la clientèle néonatale partout en province, de mettre à jour la prévention des infections pour certains pathogènes, de faire l'ajustement des masques (Fit-test), d'augmenter l'autonomie du service ainsi que de faire l'acquisition et le renouvellement d'équipements à la fine pointe de la technologie.

Le décloisonnement et la mutualisation avec les CIUSSS et CISSS passent par des innovations futures. C'est pour cela qu'ÉVAQ, en collaboration avec la Direction des technologies de l'information du CHU ont obtenu une dérogation afin de développer un progiciel pour le suivi en temps réel des demandes de transport provinciales.

L'avion-hôpital assure un service 24 heures sur 24 et 7 jours semaine. En 2016-2017, les avions d'EVAQ sont légèrement plus intervenus que l'année précédente avec 1283 missions d'évacuations.

Entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017, 5 979 usagers ont été transportés au total dont 1 772 par l'avion-hôpital et 4 207 par les navettes multipatients de l'est et du nord-ouest pour une moyenne de 16 patients transférés par jour. La mise en fonction du nouvel appareil DASH-300 pour le service de navette de l'est depuis 12 mois représente un impact positif majeur sur le nombre de rapatriement des patients et l'accès à des soins spécialisés afin de respecter la planification stratégique 2015-2020 du MSSS.

Au cours de la dernière année, notre équipe s'est enrichie de 2 nouveaux médecins et de 3 infirmières. EVAQ a poursuivi sa mission d'enseignement auprès de 22 stagiaires comportant des externes, résidents et étudiantes en soins infirmiers et a permis à une soixantaine d'étudiants d'effectuer une journée d'observation en vol. Nous avons mis en place une formation adaptée et accréditée d'urgences obstétricales. Nous avons également consolidé la promotion en recherche de médecine aéronautique au niveau international et instauré des comités dédiés à la qualité de l'acte et à l'amélioration continue de la pratique.

Nous privilégions une action et une communication ouverte et transparente avec nos partenaires. Dans la mesure des capacités opérationnelles d'EVAQ, les interventions réalisées contribuent à entretenir le savoir-faire des membres du service.

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale



Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale est le regroupement administratif des ressources humaines, financières et matérielles de tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs. Notre équipe, composée d'une soixantaine de personnes, nous permet d'accomplir notre mission de formation, d'enseignement et de recherche mais d'abord et surtout d'offrir un accompagnement spirituel et religieux à notre clientèle hospitalisée, hébergée, en santé mentale, en réadaptation ou suivie en soins palliatifs à domicile, clientèle qui est répartie sur 35 sites différents.

Sur le plan clinique, l'année 2016-2017 a été marquée par : l'ouverture de notre offre de service à la clientèle de cancérologie suivie en externe par le biais d'un accompagnement spirituel individuel et des ateliers spirituels et de méditation; la révision de notre offre de service pour la direction mère-enfant/santé de la femme et l'élaboration d'un paradigme d'accompagnement spirituel de la personne en hébergement. Parce que la pratique clinique évolue souvent à la lumière des résultats de recherche, le CSsanté conduit actuellement, conjointement avec la Chaire Religion, spiritualité et santé de l'Université Laval, une recherche provinciale visant l'élaboration et la mise en application d'un outil d'évaluation soutenant la spécificité de l'intervention en soins spirituels et favorisant la collaboration interprofessionnelle. Fruit précoce de cette recherche, nous avons également élaboré et dispensé, au cours des mois de février et mars 2017, une formation à plusieurs professionnels de la Direction des services multidisciplinaires du CHU sur les indicateurs de référence en soins spirituels. Toujours en ce qui concerne la pratique clinique, le CSsanté a pris le leadership dans l'élaboration conjointe avec l'Association des intervenants et intervenantes en soins spirituels du Québec (AISSQ) d'un référentiel de compétences en soins spirituels qui a également été validé par l'Association canadienne en soins spirituels (ACSS).

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

Pour la 11^e année consécutive, nous avons offert à l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux des régions de Québec et de Montréal, une journée-conférence portant sur : « La relation soignante : entre puissance et fragilité ». Cette journée a rejoint plus de 180 personnes. Notre revue *Spiritualitésanté*, tirée à 2500 exemplaires, a publié, pour son volume 9, trois numéros sur les thèmes suivants : Promotion de la santé; Le corps, regards croisés; Du sens.

Nous avons enfin fait des présentations de nos résultats de recherche aux congrès suivants : en mai 2016, au congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs (AQSP) et à l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS) et en juin 2016 à Grenoble, à la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

L'entente de gestion et d'imputabilité

Reddition de compte des résultats des attentes spécifiques 2016-2017 - chapitre III

(voir document ci-joint)

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017 – FICHE DE REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

NOM LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT :

CHU DE QUÉBEC

PRÉNOM ET NOM DU RESPONSABLE DE L'ÉGI DE L'ÉTABLISSEMENT :

Yves Fortin, directeur adjoint des ressources financières

DATE DE LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DU PDG :

1 juin 2017

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION I :			Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION I :			2017-06-15					
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	NA					
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION II :			Christine Patry, directrice adjointe aux services professionnels					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION II :			2017-06-01					
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA					
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	NA					
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	NA					
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	NA					
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)								
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R					
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION III :			Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe (attente spécifique 3.1) et André Garon, directeur médical des services hospitalier (attente spécifique 3,5)					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION III :			2017-06-01					
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R	Volet CRDS: Réalisé en partenariat avec le CIUSSS-CN et l'UUCPQ	100%			
			R	Volet Chirurgie	100%			
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	NA					
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	NA					
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	NA					annulé / MSSS bulletin EGI vol 12 no 39

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ECHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION IV :			Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION IV :			2017-06-01					
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R					
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ECHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION V :			Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION V :			2017-06-01					
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016 2017.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	NA					
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	NA					
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ECHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)								
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ECHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VI :			Daniel La Roche, directeur, DEQEAI					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VI :			2017-06-01					
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R					
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ECHEANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA	
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VII :			Jean Boulanger, directeur des technologies de l'information					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VII :			2017-06-01					
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	<ul style="list-style-type: none"> Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	R					Dans le cadre des SIU, le CHU de Québec est en attente sachant que celui-ci utilise déjà les modalités des actifs connus à ce jour. Le CHU de Québec modifiera ses propres actifs dès la disponibilité des produits déterminés par le MSSS si ceux-ci diffèrent des nôtres.

Reddition de compte de l'atteinte des engagements annuels 2016-2017 - chapitre IV

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Prévention des infections				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	N/A			
Première ligne et urgence				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	N/A			
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	N/A			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	14,0	16,0	12 hres	<p>Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé Globalement, la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière dans les urgences du CHU de Québec-Université Laval est demeurée identique à l'année 2015-2016. Par contre, un fait intéressant est qu'il y a eu une amélioration en isolant la santé physique de la santé mentale (qui relève du CIUSSSCN), passant de 16 h au global à 14.6 h en santé physique. On dénote donc une amélioration de 1.4 h pour les DMS sur civière en santé physique.</p> <p>Les volumes d'activités sur civière dans les urgences ont augmenté cette année de 1 % (toute clientèle), ainsi que pour la clientèle de plus de 85 ans de 9 %. On note aussi une augmentation de 3 % des visites dans les urgences pour la santé mentale.</p> <p>Cette augmentation d'achalandage a un impact sur les ressources disponibles au sein du centre hospitalier, ainsi que pour celles du réseau de la santé à Québec, dont au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) qui travaille en partenariat avec nous pour les patients ne nécessitant plus de niveau de soins actifs en milieu hospitalier (NSA). Des actions sont à poursuivre sur la gestion de l'épisode de soins à l'urgence en travaillant avec les équipes médicales pour nos 24-48 heures sur civière et pour libérer les patients NSA vers les ressources de la communauté.</p> <p>Hôpital de l'Enfant-Jésus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la durée moyenne de séjour en santé physique cette année avec un accès plus rapide des lits aux étages, dès l'admission du patient à l'urgence. Encore des délais allongés lors de période de fort achalandage. - Augmentation de la durée moyenne de séjour en santé mentale de 27,4 heures à 30,1 heures et également des 48 h et plus de 20 % à 23 %. - Priorisation des missions tertiaires. - Partenariat accentué avec le CIUSSSCN pour les NSA dans le centre. <p>Hôpital du Saint-Sacrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délais pour hospitalisation en médecine familiale qui peuvent souvent être très longs. - Augmentation de 4 % des visites en santé mentale.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>- Augmentation globale de 1 % des visites. - Augmentation des admissions via l'urgence de 2 % et achalandage augmenté de la clientèle 0-17 ans de 3 % en comparatif avec l'an passé. Cette clientèle peut être plus complexe à suivre avec leur trajectoire de soins dans cet environnement.</p> <p>Hôpital Saint-François-d'Assise: - Augmentation des visites sur civière de 3 %. - Augmentation des admissions via l'urgence de 4 %. - Délais pour hospitalisation en médecine familiale qui peuvent souvent être très longs. - Augmentation des visites sur civière de la clientèle de plus de 85 ans de 13 % en comparaison avec l'an dernier.</p> <p>L'Hôtel-Dieu de Québec : - Consolidation des mesures mises en place depuis 4 ans et relance faite cette année sur la gestion des épisodes de soins à l'urgence et sur les unités de soins. - Difficulté à certaines périodes de l'année, augmentée de la disponibilité de lits dans le centre, relié à la mission d'oncologie et de néphrologie pour les patients admis à l'urgence.</p> <p>CHUL : - Augmentation de la durée moyenne entre l'admission à l'urgence et la disponibilité d'un lit à l'étage. - Augmentation des visites civières de 2 %. - Augmentation des visites et de la durée moyenne de séjour en santé mentale. - Augmentation sur civière de la clientèle 0-17 ans de 3 % et de 5 % pour la clientèle de plus de 85 ans.</p> <p>Au sein des urgences du CHU, une des causes susceptibles d'expliquer la non-atteinte des résultats est la somme des clientèles de santé mentale avec la santé physique dans nos urgences. Nous travaillons de pair avec le CIUSSS-CN pour trouver des solutions pour la clientèle de santé mentale dans les urgences. Par contre, cette clientèle est sous la gouverne du CIUSSS-CN, donc, pour le CHU, il est difficile d'établir des actions afin d'améliorer ces indicateurs de performance.</p> <p>Également, la modification de la gestion et de la responsabilisation du secteur de la santé mentale et des urgences psychiatrique avec le CIUSSS-CN peut expliquer en partie une difficulté de gestion de la donnée dans nos systèmes.</p> <p>Les efforts soutenus du CHU de Québec-Université Laval avec le CIUSSS-CN pour mieux diriger la clientèle devaient être au rendez-vous cette année. Nous devons, avec les équipes médicales, trouver des solutions pour les patients séjournant plus de 24 heures dans les urgences et d'être en mesure de réorienter la clientèle non urgente vers les cliniques (GMF, CRQ) avec les outils nécessaires pour faire cette réorientation sécuritaire.</p> <p>- Mesures prises pour corriger la situation dans les 5 urgences</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir séparer les indicateurs de la clientèle de santé mentale avec la clientèle de santé physique pour mieux se comparer et mieux intervenir. - Revoir les ententes de gestion pour la santé mentale du CIUSSS-CN et les urgences du CHU. - Application des plans de débordement hospitaliers dans les 5 hôpitaux. - Audits sur les critères d'orientation des patients dans les 5 urgences à poursuivre. - Intensification des travaux pour optimiser l'épisode de soins chez les patients avec le CIUSSSCN. - Partage en cogestion (médico-nursing) des indicateurs de gestion et d'imputabilité au sein de la Direction-clientèle urgence et du Département de médecine d'urgence. - Travaux en cours sur une meilleure gestion de la donnée au sein des urgences, par le personnel clérical et les médecins. - Projet de réorientation avec la première ligne à développer / demande faite au MSSS (en attente). - Intensification de différentes mesures pour faire respecter la mission de l'urgence. - Revoir le mode de fonctionnement à l'urgence civière (urgence majeure) de HEJ. <p>Des efforts sont faits pour augmenter le questionnement sur la pertinence des examens et soins prodigués à la clientèle au sein des urgences. Nous devons maintenir ces efforts de collaboration et de sensibilisation dans le temps. Nous devons toujours nous assurer que si nos délais d'attente diminuent, la qualité des soins doit toujours demeurer une priorité.</p> <p>Des rencontres sont en cours avec le CIUSSS-CN pour réorienter la clientèle NSA de nos centres vers la communauté, ceci afin de libérer des lits pour la clientèle hospitalisée dans les civières de l'urgence.</p>
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	75 %	72 %	85 %	<p>Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé. Globalement, les volumes d'activités sur civière dans les urgences ont augmenté cette année de 1 % (toute clientèle), ainsi que pour la clientèle de plus de 85 ans de 9 %. Par ailleurs, la complexité des cas pris en charge est en augmentation, ce qui fait en sorte que le temps consacré à chaque patient est plus long et augmente les délais pour voir les autres patients.</p> <p>Enfin, depuis l'hiver, on note une diminution des effectifs médicaux dans les urgences en lien avec le mouvement des effectifs médicaux dans la région.</p> <p>Des actions sont à poursuivre les équipes médicales pour améliorer les délais de prise en charge ambulatoire. Des outils informatiques spécifique au temps d'attente de prise en charge est en déploiement et la sensibilisation pour une meilleure utilisation de ces outils par l'équipe médicale est en cours.</p> <p>De plus, un point statutaire sur les délais de prise en charge à l'urgence ambulatoire a été ajouté aux rencontres médico-nursing pour discuter et suivre les plans d'action en cours.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	65 %	60 %	85 %	<p>Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé. Globalement, les volumes d'activités sur civière dans les urgences ont augmenté cette année de 1 % (toute clientèle), ainsi que pour la clientèle de plus de 85 ans de 9 %. Par ailleurs, la complexité des cas pris en charge est en augmentation, ce qui fait en sorte que le temps consacré à chaque patient est plus long et augmente les délais pour voir les autres patients.</p> <p>Enfin, depuis l'hiver, on note une diminution des effectifs médicaux dans les urgences en lien avec le mouvement des effectifs médicaux dans la région.</p> <p>Des actions sont à poursuivre les équipes médicales pour améliorer les délais de prise en charge ambulatoire. Des outils informatiques spécifique au temps d'attente de prise en charge est en déploiement et la sensibilisation pour une meilleure utilisation de ces outils par l'équipe médicale est en cours. De plus, un point statutaire sur les délais de prise en charge à l'urgence ambulatoire a été ajouté aux rencontres médico-nursing pour discuter et suivre les plans d'action en cours.</p>
Services spécialisés				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an - Ensemble des chirurgies	0	223	0	<p>Une amélioration de plus de 57 % par rapport à l'année 2015-2016.</p> <p>1. Mesures prises pour corriger la situation :</p> <p>A) Poursuite des travaux entrepris en 2015-16 concernant l'application "rigoureuse" des mécanismes d'accès dans nos cliniques préopératoires et formation de nos agentes administratives, nos gestionnaires, nos infirmières (ex: gestion de l'antériorité, gestion de la priorité médicale inscrite par le médecin, gestion des refus, gestion des périodes de non disponibilité, etc.);</p> <p>B) Intensification des processus reliés à la planification chirurgicale dans nos cliniques préopératoires;</p> <p>C) Suivis personnalisés accrus auprès des chirurgiens;</p> <p>D) Optimisation de l'utilisation de notre logiciel des blocs opératoires (logiciel GIC) par nos agentes administratives et par nos infirmières afin d'inscrire dans le dossier du patient-GIC, toute la "traçabilité" des informations ou suivis en lien avec le patient ;</p> <p>E) Mise en place des cliniques préopératoires et optimisation des processus cliniques et administratifs;</p> <p>F) Utilisation de la 2^e offre à l'interne (entre les sites du CHU);</p> <p>G) Utilisation de la 2^e offre à l'externe, là où c'est possible. Au cours de la dernière année, des cohortes de patients en orthopédie ont été envoyées à Charny et à Thedford Mines;</p> <p>H) Poursuite des travaux en lien avec le "nouveau plan clinique" mis en place en janvier 2016 (sous-groupe de travail réunissant des chirurgiens et gestionnaires);</p> <p>I) Suivi en amont de la liste des chirurgies en attente >9 mois est dorénavant acheminée périodiquement et systématiquement à nos gestionnaires des</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>cliniques préopératoires, afin de planifier les chirurgies et éviter que le délai dépasse 12 mois.</p> <p>2. Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Volume important de requêtes à traiter (près de 10 000 requêtes en attente dont environ 2 % seulement en attente >12 mois); . Peu ou pas de 2^e offre disponible à l'externe, notamment pour l'orthopédie; . Difficulté dans l'application des mécanismes d'accès en raison des nombreux mouvements du personnel et les défis que causent l'harmonisation des données et des indicateurs exigée. <p>3. Appréciation des résultats :</p> <p>Amélioration de 57 % par rapport à l'année 2015-2016;</p> <p>Aucune chirurgie en attente >12 mois pour les chirurgies "ciblées" (Prothèses totales de hanches et de genoux (PTH/PTG)), sauf 5 arthroplasties au nom du chirurgien en absence-maladie long terme. Des actions sont entreprises pour redistribuer ces chirurgies > 12 mois à d'autres collègues à l'interne;</p> <p>En date du 8 mai 2017, 246 chirurgies sont en attente >12 mois. La répartition est la suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> . 36 patients sont déjà « programmés » . 45 patients sont « non disponibles » à la suite d'un 1^{er} ou 2^e refus d'offre de chirurgie . 15 patients sont en 2^e offre à l'extérieur du CHU . 4 patients sont en suivi concernant un refus ou une « non disponibilité » à la suite d'un 3^e refus d'offre de chirurgie . 146 patients sont réellement en attente >12 mois (en excluant les patients déjà « programmés », ceux qui sont en processus d'une 2^e offre, ceux qui sont « non disponibles pour une raison personnelle, il demeure 146 patients qui sont réellement en attente >12 mois) <p>4. Défis reliés à l'harmonisation des données et des indicateurs :</p> <p>En raison des nombreux mouvements du personnel et l'importance l'harmonisation des données et des indicateurs exigée en lien avec l'application des mécanismes d'accès, un "comité d'utilisateurs" réunissant divers acteurs (gestionnaires des blocs, informatique, performance, etc.) est en place pour répondre à certaines problématiques et mettre en place les solutions requises.</p>
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	90 %	74 %	100 %	<p>Scopie : dépassement de l'atteinte de la cible (cible 80 %, résultat 95 %)</p> <p>Échographie obstétrique : atteinte de la cible (cible 100 %, résultat 99 %)</p> <p>Échographie mammaire : dépassement de l'atteinte de la cible (cible 95 %, résultat 97 %)</p> <p>Mammographie : atteinte de la cible (cible 100 %, résultat 100 %)</p> <p>1. Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>TEP : Cible non atteinte (cible 100 %, résultat 86 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Optimisation de la TEP par l'augmentation des activités dès l'automne 2017 au nombre de 418 examens supplémentaires par année. Noter que l'ouverture prochaine de la TEP dans la région 12 répartira la clientèle de la rive-sud et contribuera à l'atteinte de notre objectif. <p>Échographie cardiaque : Cible non atteinte (cible 85 %, résultat 68 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Financement obtenu du MSSS afin de réaliser 4140 examens additionnels pour l'exercice 2017-2018 (financement non récurrent). Poursuite du plan d'action suite à l'exercice LEAN réalisé au CHUL en 2016-2017. Répartition des demandes d'examens dans tous les sites du CHU. <p>Échographie autre : Cible non atteinte (cible 90 %, résultat 64 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Répartition des demandes d'examens dans tous les sites du CHU incluant la clientèle pédiatrique. Centralisation de la liste d'attente, en cours d'année 2017-2018, par le déploiement du logiciel centralisé eRV et l'amélioration en continue de la gestion des mécanismes d'accès. Noter que le nouvel accès aux services d'échographie générale offerts par les laboratoires d'imagerie médicale au privé pourrait favoriser l'atteinte de la cible. <p>TDM : Cible non atteinte (cible 90 %, résultat 81 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Financement obtenu du MSSS pour la réalisation de 9 448 examens supplémentaires de soir et de nuit dans tous les hôpitaux du CHU en 2017-2018. Répartition des demandes d'examens dans tous les sites du CHU incluant la clientèle pédiatrique. Centralisation de la liste d'attente par le déploiement à venir en 2017-2018 du logiciel eRV et l'amélioration en continue de la gestion des mécanismes d'accès. <p>IRM : Cible non atteinte (-cible 90 %, résultat 65 %) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Financement obtenu du MSSS pour la réalisation de 7 465 examens additionnels de soir et de nuit dans les différents hôpitaux du CHU en 2017-2018. Répartition des demandes d'examens dans tous les sites du CHU incluant la clientèle pédiatrique. <p>2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement.</p> <p>TEP : Augmentation constante de la demande et supérieure à celle l'offre de service.</p> <p>Échographie cardiaque: Augmentation de la demande pour HSS en 2016-2017 sans augmentation de l'offre de service globale. Amélioration de la qualité de la saisie en 2016-17 pour HSFA causant une augmentation du nombre de patients à plus de 90 jours.</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>Échographie autre : Mouvements de main d'œuvre des technologues autonomes absents (départ retraite, congé de maternité) qui n'ont pu être non remplacés rapidement puisqu'il s'agit de personnel détenant une qualification précise et nécessitant une formation particulière. Plateaux techniques non optimisés sur les quarts de soir par limites de ressources médicales, techniques, administratives et financières.</p> <p>TDM : Augmentation constante de la demande et supérieure à celle de l'offre de service.</p> <p>IRM : Augmentation constante de la demande et supérieure à celle de l'offre de service. Certains plateaux techniques non optimisés de nuit par limites de ressources médicales, techniques, administratives et financières.</p> <p>3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles.</p> <p>TEP : Résultats de l'attente identiques à 2015-16 malgré l'augmentation de la production annuelle.</p> <p>Échographie cardiaque : Globalement le nombre de patient en attente de moins de 90 jours est en baisse au CHU malgré la diminution de l'atteinte à la cible.</p> <p>Échographie autre : Résultats de l'atteinte à la cible diminués en comparaison 2015-2016 et ce malgré l'augmentation de la production. Augmentation de la demande supérieure à celle de l'offre de service.</p> <p>TDM : Résultats de l'attente légèrement améliorés en comparaison à 2015-2016. Augmentation importante de la productivité. Environ 8 500 examens additionnels réalisés.</p> <p>IRM : Résultats de l'attente améliorés en comparaison avec 2015-2016, plus de 5 000 examens supplémentaires réalisés.</p> <p>4. Identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.</p> <p>TEP : La saisie des données et la méthodologie de mesure de l'atteinte à la cible sont conformes.</p> <p>Échographie cardiaque : Amélioration de la qualité de la saisie de la donnée par l'utilisation de la mise en attente informatisée (HSFA).</p> <p>Échographie autre : Amélioration de la qualité de la saisie de la donnée par la formation continue en gestion des mécanismes d'accès.</p> <p>TDM : Amélioration de la qualité de la saisie de la donnée par la formation continue en gestion des mécanismes d'accès.</p> <p>IRM : Amélioration de la qualité de la saisie de la donnée par la formation continue en gestion des mécanismes d'accès.</p>
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90 %	64 %	90 %	<p>1. Mesures prises pour corriger la situation :</p> <p>A) Poursuite du plan d'action élaboré en 2016 pour la chirurgie oncologique concernant l'application des mécanismes d'accès dans nos cliniques préopératoires et formation de nos agentes administratives, nos gestionnaires,</p>




Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				<p>nos infirmières sur les cibles exigées par le MSSS (90 % à l'intérieur de 28 jours et 100 % à l'intérieur de 56 jours), gestion des périodes de non disponibilité pour raison médicale, procédures diagnostiques, procédures pour la saisie du site tumoral, etc.</p> <p>B) Intensification des processus reliés à la planification chirurgicale dans nos cliniques préopératoires et davantage à partir de P-11 2016-2017;</p> <p>C) Suivis personnalisés accrus auprès des chirurgiens;</p> <p>D) Optimisation de l'utilisation de notre logiciel CHU des blocs opératoires (logiciel GIC) par nos agentes administratives et par nos infirmières afin d'inscrire dans le dossier du patient-GIC, toute la "traçabilité" des informations ou suivis en lien avec le patient ;</p> <p>E) Suivi en amont très rigoureux a été mis en place, notamment la révision hebdomadaire systématique de tous les cas oncologiques afin d'enclencher les actions en vue de la chirurgie</p> <p>F) Mise en place des cliniques préopératoires et optimisation des processus cliniques et administratifs, notamment à L'HDQ où l'on retrouve la concentration oncologique;</p> <p>2. Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Volume important de requêtes à traiter (en date du 29 avril 2017, 444 requêtes dont 74 % réalisées à l'intérieur de 28 jours et 93 % à l'intérieur de 56 jours pour l'ensemble du CHU); . En raison des nombreux mouvements du personnel et l'importance l'harmonisation des données et des indicateurs exigée en lien avec l'application des mécanismes d'accès, un "comité d'utilisateurs" réunissant divers acteurs (gestionnaires des blocs, informatique, performance, etc.) est en place pour répondre à certaines problématiques et mettre en place les solutions requises. <p>3. Appréciation des résultats :</p> <p>Amélioration des résultats par rapport à l'année 2015-16, notamment pour L'HDQ. En date du 8 mai 2017 et pour l'ensemble du CHU, nous avons seulement 20 chirurgies en attente >56 jours, l'objectif étant toujours 100 % des chirurgies oncologiques réalisées à l'intérieur de 56 jours;</p> <p>En date du 8 mai 2017, 444 chirurgies oncologiques en attente, dont 262 à L'HDQ. De ce nombre, 132 chirurgies ont été réalisées à l'intérieur de 28 jours, soit 59 % comparativement à 49 % en 2015-2016 et 194 chirurgies réalisées à l'intérieur de 56 jours, soit 86 % comparativement à 83 % en 2015-16. La révision systématique hebdomadaire des délais d'attente contribuera de manière significative à l'amélioration des résultats dans les prochaines périodes.</p> <p>4. Défis reliés à l'harmonisation des données et des indicateurs :</p> <p>En raison des nombreux mouvements du personnel et l'importance l'harmonisation des données et des indicateurs exigée en lien avec l'application des mécanismes d'accès, un "comité d'utilisateurs" réunissant divers acteurs (gestionnaires des blocs, informatique, performance, etc.) est en place pour</p>

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				répondre à certaines problématiques et mettre en place les solutions requises.
Sécurité et pertinence				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	94 %	100 %	95 %	
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	100 %	95 %	
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100 %	100 %	95 %	
Personnes âgées				
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	N/A			
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	N/A			
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté à 95% les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	70 %	100 %	70 %	
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté à 65% les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	35 %	100 %	70 %	
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	N/A			
Personnes vulnérables				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	N/A			
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux	36	36	1 lit / 10 000 population	

<i>Nom de l'indicateur</i>	<i>Engagement annuel (P13)</i>	<i>Résultat année financière (P13)</i>	<i>Cible 2020</i>	<i>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
soins palliatifs et de fin de vie			régionale	
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N/A			
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	N/A			
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	N/A			
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	N/A			
Mobilisation du personnel				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,66	5,66	5,9	Résultat MSSS 5,66 ; CHU 5,75 (système d'information source différent)
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,57 %	2,38 %	3 %	Résultat MSSS 2,38% ; CHU 2,01% (système d'information source différent)
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,50 %	1,31 %	2,25 %	Résultat MSSS 1,31 % ; CHU 1,35% (système d'information source différent)
Santé publique				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	N/A			
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	N/A			
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	N/A			
Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	95 %	
Services généraux - Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	N/A			
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant	N/A			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique				
Services généraux - Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/A			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	N/A			
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A			
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A			
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A			
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A			
Dépendances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	N/A			
Santé mentale				
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie	N/A			

<i>Nom de l'indicateur</i>	<i>Engagement annuel (P13)</i>	<i>Résultat année financière (P13)</i>	<i>Cible 2020</i>	<i>Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)</i>
ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours				
<i>Santé physique - Cancérologie</i>				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100 %	90 %	100 %	Idem indicateur 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier
<i>Ressources matérielles</i>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	
<i>Ressources technologiques</i>				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	N/A			

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

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique	0	- \$
Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique	11	1 432 105,20 \$
Total des contrats de service	11	1 432 105,20 \$

États financiers résumés

(voir document ci-joint)



ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Au 31 mars 2017

TABLE DES MATIÈRES

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés.....	1
<u>États financiers résumés :</u>	
État des résultats – Tous les fonds.....	3
État des résultats – Fonds d'exploitation.....	4
État des surplus (déficits) cumulés – Tous les fonds.....	5
État de la situation financière – Tous les fonds	6
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) – Tous les fonds	7
État des flux de trésorerie – Tous les fonds	8
Charges brutes par programmes-services	9
Sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions.....	10
Notes complémentaires	11
<u>Examen analytique non audité – États financiers résumés</u>	<u>33</u>
<u>Informations additionnelles :</u>	
Obligations contractuelles	38
Répartition des charges brutes des activités principales.....	40
Charges comparatives par centre d'activité	41

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

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

Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CHU de Québec – Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous). 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 de Québec – Université Laval.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

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 de Québec – Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19)

publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CHU de Québec – Université Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve, formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 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 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CHU de Québec – Université Laval au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa 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.

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

Québec

Le 14 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A109631

ÉTAT DES RÉSULTATS - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

2017

2016

	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
REVENUS					
Subventions MSSS	962 848 531 \$	915 217 674 \$	79 611 520 \$	994 829 194 \$	1 002 474 412 \$
Subventions Gouvernement du Canada	5 944 964	1 972 639	661 619	2 634 258	8 277 367
Contributions des usagers	24 069 118	23 812 215		23 812 215	23 112 199
Ventes de services et recouvrements	14 742 964	14 484 430		14 484 430	15 419 235
Donations	5 015 000	2 752 348	4 177 837	6 930 185	4 991 967
Revenus de placement	30 000	48 838		48 838	35 901
Revenus de type commercial	13 462 537	12 598 051	76 068	12 674 119	12 778 563
Autres revenus	118 025 658	122 595 878	2 219 363	124 815 241	125 084 984
TOTAL	1 144 138 772	1 093 482 073	86 746 407	1 180 228 480	1 192 174 628
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	707 859 994	727 130 907		727 130 907	758 409 145
Médicaments	57 564 326	56 499 491		56 499 491	57 230 609
Produits sanguins	33 941 288	37 586 911		37 586 911	33 946 114
Fournitures médicales et chirurgicales	97 546 332	101 339 472		101 339 472	99 411 692
Denrées alimentaires	6 857 161	6 635 653		6 635 653	6 860 022
Frais financiers	19 893 419	619 132	17 136 773	17 755 905	18 025 994
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	17 342 389	21 421 638	2 125 145	23 546 783	26 115 613
Créances douteuses	606 250	612 624		612 624	606 250
Loyers	11 214 991	10 687 240		10 687 240	10 562 271
Amortissement des immobilisations	59 120 000	0	64 062 609	64 062 609	56 511 235
Perte sur disposition d'immobilisations	0	0	1 442 498	1 442 498	4 145 420
Autres charges	132 192 622	137 323 309	5 185 925	142 509 234	137 261 489
TOTAL	1 144 138 772	1 099 856 377	89 952 950	1 189 809 327	1 209 085 854
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	0 \$	(6 374 304) \$	(3 206 543) \$	(9 580 847) \$	(16 911 226) \$

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

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION

Exercice terminé le 31 mars

2017

2016

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total	Total
REVENUS					
Subventions MSSS	888 316 890 \$	914 797 493 \$	420 181 \$	915 217 674 \$	930 682 397 \$
Subventions Gouvernement du Canada	5 294 964		1 972 639	1 972 639	7 710 338
Contributions des usagers	24 069 118	23 812 215		23 812 215	23 112 199
Ventes de services et recouvrements	14 742 964	14 484 430		14 484 430	15 419 235
Donations			2 752 348	2 752 348	-
Revenus de placement	30 000	48 838		48 838	35 901
Revenus de type commercial	13 384 155	41 432	12 556 619	12 598 051	12 699 723
Autres revenus	116 074 091	7 512 295	115 083 583	122 595 878	118 996 498
TOTAL	1 061 912 182	960 696 703	132 785 370	1 093 482 073	1 108 656 291
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	707 859 994	639 399 361	87 731 546	727 130 907	758 409 145
Médicaments	57 564 326	56 499 491		56 499 491	57 230 609
Produits sanguins	33 941 288	37 586 911		37 586 911	33 946 114
Fournitures médicales et chirurgicales	97 546 332	101 339 472		101 339 472	99 411 692
Denrées alimentaires	6 857 161	6 635 653		6 635 653	6 860 022
Frais financiers	800 000	619 132		619 132	722 506
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	13 342 389	21 421 638		21 421 638	21 781 598
Créances douteuses	606 250	612 624		612 624	606 250
Loyers	11 214 991	9 334 541	1 352 699	10 687 240	10 562 271
Autres charges	132 179 451	102 951 367	34 371 942	137 323 309	136 925 818
TOTAL	1 061 912 182	976 400 190	123 456 187	1 099 856 377	1 126 456 025
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	0 \$	(15 703 487) \$	9 329 183 \$	(6 374 304) \$	(17 799 734) \$

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

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

2017

2016

	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(44 494 278) \$	30 308 464 \$	(14 185 814) \$	(2 093 970) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				1 470 321
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	<u>(44 494 278)</u>	<u>30 308 464</u>	<u>(14 185 814)</u>	<u>(623 649)</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>(6 374 304)</u>	<u>(3 206 543)</u>	<u>(9 580 847)</u>	<u>(16 911 226)</u>
Autres variations:				
Transferts interétablissements		(200 000)	(200 000)	3 349 061
Transferts interfonds	(32 653)	32 653	-	-
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS	<u>(32 653)</u>	<u>(167 347)</u>	<u>(200 000)</u>	<u>3 349 061</u>
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>(50 901 235)</u>	<u>26 934 574</u>	<u>(23 966 661)</u>	<u>(14 185 814)</u>
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe			-	-
Affectations d'origine interne			6 107 518	5 943 507
Solde non affecté			(30 074 179)	(20 129 321)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>- \$</u>	<u>- \$</u>	<u>(23 966 661) \$</u>	<u>(14 185 814) \$</u>

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

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

2017

2016

	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	11 481 958 \$	11 744 881 \$	23 226 839 \$	38 065 169 \$
Débiteurs - MSSS	78 939 587	3 574 733	82 514 320	97 040 604
Autres débiteurs	53 485 258	2 622 250	56 107 508	55 061 597
Créances interfonds (Dettes interfonds)	7 806 276	(7 806 276)	-	-
Subvention à recevoir - réforme comptable	68 250 601	118 464 800	186 715 401	174 519 352
Frais reportés liés aux dettes		1 271 912	1 271 912	1 287 727
Autres éléments	1 792 803	1 307 724	3 100 527	2 062 448
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	221 756 483	131 180 024	352 936 507	368 036 897
PASSIFS				
Emprunts temporaires	56 000 000	116 870 050	172 870 050	146 702 512
Autres créditeurs et autres charges à payer	124 778 759	17 443 474	142 222 233	144 243 726
Avances de fonds - enveloppes décentralisées			-	-
Intérêts courus à payer	44 834	3 602 726	3 647 560	4 529 196
Revenus reportés	34 750 751	60 590 174	95 340 925	100 363 910
Dettes à long terme (Note 10)		608 300 781	608 300 781	600 577 974
Passif au titre des sites contaminés		322 500	322 500	322 500
Passif au titre des avantages sociaux futurs	82 636 680		82 636 680	83 527 537
Autres éléments	872 758	980 939	1 853 697	2 409 024
TOTAL DES PASSIFS	299 083 782	808 110 644	1 107 194 426	1 082 676 379
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(77 327 299)	(676 930 620)	(754 257 919)	(714 639 482)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		703 865 194	703 865 194	674 322 091
Stocks de fournitures	22 095 724		22 095 724	22 056 167
Frais payés d'avance	4 330 340		4 330 340	4 075 410
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	26 426 064	703 865 194	730 291 258	700 453 668
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	-	-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(50 901 235) \$	26 934 574 \$	(23 966 661) \$	(14 185 814) \$

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

Pour le conseil d'administration,

_____, administrateur

_____, administrateur

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

Exercice terminé le 31 mars

				2017	2016
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(753 680 852) \$	(70 625 380) \$	(644 014 102) \$	(714 639 482) \$	(683 864 987) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				-	1 470 321
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				-	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	(753 680 852)	(70 625 380)	(644 014 102)	(714 639 482)	(682 394 666)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE		(6 374 304)	(3 206 543)	(9 580 847)	(16 911 226)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	75 000 000		(99 854 696)	(99 854 696)	(83 056 592)
Amortissement de l'exercice	59 120 000		64 062 609	64 062 609	56 511 235
(Gain)/Perte sur dispositions			1 442 498	1 442 498	4 145 420
Réduction de valeur			4 806 486	4 806 486	-
Ajustements des immobilisations				-	3 869 241
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	134 120 000	-	(29 543 103)	(29 543 103)	(18 530 696)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	(85 483 923)	(84 490 145)		(84 490 145)	(85 483 923)
Acquisition de frais payés d'avance	(16 866 166)	(21 000 687)		(21 000 687)	(16 866 166)
Utilisation de stocks de fournitures	85 640 029	84 450 588		84 450 588	85 640 029
Utilisation des frais payés d'avance	16 558 105	20 745 757		20 745 757	16 558 105
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(151 955)	(294 487)	-	(294 487)	(151 955)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(32 653)	(167 347)	(200 000)	3 349 061
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	133 968 045	(6 701 444)	(32 916 993)	(39 618 437)	(32 244 816)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(619 712 807) \$	(77 326 824) \$	(676 931 095) \$	(754 257 919) \$	(714 639 482) \$

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

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE - TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars

	2017	2016
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	(9 580 847) \$	(16 911 226) \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(294 487)	(151 955)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	1 442 498	4 145 420
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(4 946 553)	15 271 093
Amortissement des immobilisations	64 062 609	56 511 235
Réduction pour moins-value des immobilisations	4 806 486	-
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	-	-
Amortissement de la prime ou escomptes sur la dette	-	-
Subventions MSSS	(50 059 275)	(49 023 878)
Autres	(200 000)	7 218 302
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	14 811 278	33 970 217
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	8 246 973	(6 636 033)
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	13 477 404	10 422 958
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(99 854 696)	(83 056 592)
Produits de disposition d'immobilisations	-	-
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	(99 854 696)	(83 056 592)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme - Emprunts effectués	46 461 296	79 741 254
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	(3 642 562)	(3 404 602)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	-	-
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	-	(24 000 000)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	190 483 102	125 220 665
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(161 762 874)	(103 473 760)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	-	-
Autres	-	-
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	71 538 962	74 083 557
AUGMENTATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(14 838 330)	1 449 923
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	38 065 169	36 615 246
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	23 226 839	38 065 169
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse	23 226 839	38 065 169
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	-	-
TOTAL	23 226 839 \$	38 065 169 \$

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

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Exercice terminé le 31 mars - Non auditée

2017

2016

FONDS D'EXPLOITATION-ACTIVITÉS PRINCIPALES

Santé publique	645 651 \$	1 028 715 \$
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	696 333	580 069
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	6 671 949	19 339 635
Déficiences physiques	54 337	76 091
Santé mentale	1 519 669	20 784 889
Santé physique	747 650 796	735 516 733
Administration	67 033 991	66 638 209
Soutien aux services	72 101 666	75 474 143
Gestion des bâtiments et des équipements	80 025 798	80 135 799
TOTAL	976 400 190 \$	999 574 283 \$

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

SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art. 269 LSSS)
Exercice terminé le 31 mars

	<u>2017</u>	<u>2016</u>
• Les Bénévoles de l'HSFA inc.	1 631 485 \$	97 071 \$
• Fondation du CHU de Québec	3 829 025 \$	3 859 526 \$
- Équipements médicaux		
- Équipements médicaux spécialisés		
- Autre mobilier		
- Aménagement de locaux		
• Fondation du CHU de Québec	2 410 383 \$	2 565 561 \$
- Projets de recherche		
- Bourses et autres		
• Autres sources	701 537 \$	485 550 \$
Total	<u>8 572 430 \$</u>	<u>7 007 708 \$</u>

NOTE 1. - CONSTITUTION ET MISSION

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

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

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

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

NOTE 2. - PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

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

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

Utilisation d'estimations

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

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

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

État des gains et pertes de réévaluation

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

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

Comptabilité d'exercice

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

Périmètre comptable

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

Revenus de transfert

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

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

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

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Autres revenus

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

Charges

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

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

Instruments financiers

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

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

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

Trésorerie et équivalent de trésorerie

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

Débiteurs

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Créditeurs et autres charges à payer

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

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs au titre des sites contaminés

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

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

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

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

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

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

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

i. Provision pour assurance-salaire

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

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. 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 congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées.

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

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	0 %
Indexation	1,75 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

iv. Régime de retraite

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

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018.

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

Immobilisations

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

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

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers ou à la valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, 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. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

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 :

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

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.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à la valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

Frais payés d'avance

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

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

Stocks de fourniture

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

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

Autres méthodes

Comptabilité par fonds

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

Revenus d'intérêts

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

Prêts interfonds

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

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

Avoir propre

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

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

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

Classification des activités

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

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

Centres d'activités

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

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

Unité de mesure

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

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

NOTE 3. - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), un établissement public doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations. Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Éléments importants justifiant le déficit du fonds d'exploitation :

Écart sur les dépenses des activités principales

Mesures non réalisées d'efficience des services et de pertinence des soins	(6 388 000)	\$
Baisse de la contribution des usagers	(257 000)	
Économie sur médicaments	774 000	
Autres	71 000	
Sous-total	-----	
	(5 800 000)	

Écart sur les revenus des activités accessoires

Activités commerciales et autres	(574 304)	

Total	\$	(6 374 304) \$
		=====

NOTE 4. - DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par la présidente directrice générale le 14 juin 2016.

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

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

Activités principales	Budget initial	Modification	Budget final
Budget initial	778 921 208 \$	- \$	778 921 208 \$
Forfaitaires, conventions collectives et formation	6 541 426	5 759 181	12 300 607
Services régionaux (CDO, RID, Télésanté, autres)	3 496 077	3 698 376	7 194 453
Produits sanguins	33 941 276	3 645 635	37 586 911
Transferts nets d'activités Loi 10	7 099 611	756 859	7 856 470
Pompes à insuline	4 709 281	575 633	5 284 914
Loyer SQI	8 129 760	437 566	8 567 326
Nutrition parentérale	2 729 216	392 879	3 122 095
Ajustements nets relatifs aux augmentations d'activités	34 857 814	12 708 285	47 566 099
Autres	5 691 073	706 337	6 397 410
	-----	-----	-----
Sous-total activités principales	886 116 742	28 680 751	914 797 493
Activités accessoires			
Activités de Recherche	432 905	(346 945)	85 960
Enseignement	1 620 892	(1 172 079)	448 813
Promotion de la santé	-	39 102	39 102
Autres activités accessoires	146 351	(300 045)	(153 694)
	-----	-----	-----
Sous-total activités accessoires	2 200 148	(1 779 967)	420 181
Fonds d'immobilisations	74 531 641	5 079 879	79 611 520
	-----	-----	-----
Total	962 848 531 \$	31 980 663 \$	994 829 194 \$
	=====	=====	=====

NOTE 5. - INSTRUMENTS FINANCIERS

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

NOTE 6. - AUTRES DÉBITEURS

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

NOTE 7. - 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.

NOTE 8. - EMPRUNTS TEMPORAIRES

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

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

- Pour le fonds d'exploitation : L'établissement a une marge de crédit avec le Fonds de financement d'une valeur de 56 000 000 \$ autorisée et utilisée à 100 % pour une période de six (6) mois renouvelable selon les besoins de l'établissement au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le remboursement se fera au rythme du remboursement du compte à recevoir du Ministère pour les déficits accumulés remboursables.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur autorisée de 6 527 208 \$ échéant le 31 décembre 2017 au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le montant utilisé est de 6 519 734 \$ auquel s'ajoute les intérêts capitalisés.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur de 28 751 803 \$ échéant le 31 décembre 2017 pour les enveloppes décentralisées liées à l'autorisation au 30 septembre 2016. Cet emprunt sera refinancé à long terme selon les modalités établies par le MSSS pour ce type d'emprunt.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur autorisée de 49 300 000 \$ jusqu'à la fin des travaux associés au projet du nouveau complexe hospitalier sur le site de l'HEJ en vertu du mandat de gestion immobilière et administrative confiée à la SQI. Le financement est au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le montant utilisé est de 40 000 000 \$ auquel s'ajoute les intérêts capitalisés.
- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec le Fonds de financement d'une valeur autorisée de 5 519 608 \$ jusqu'à la conversion de cet emprunt à la fin des travaux en emprunt à long terme dans le cadre du projet d'économies d'énergie à l'HSFA. Le financement est au taux des acceptations bancaires à un taux majoré de 0,05 % incluant tous les frais. Le montant utilisé est de 4 250 000 \$.

- Pour le fonds d'immobilisation : L'établissement a un billet avec la SQI pour une valeur de 4 972 697 \$ au taux moyen mensuel sur les emprunts court terme du marché monétaire. Ce taux était de 0,4951 % pour le mois de mars 2017.

NOTE 9. - AUTRES CRÉDITEURS

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

NOTE 10. - DETTE À LONG TERME

Financement-Québec (Fréquence des versements – Annuellement)

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au		
Émis	Dû					31 mars 2017	31 mars 2016	
93-03	18-01	B1	1 878 200	\$ 9,38 %	75 128	\$ 75 128	\$ 150 256	
08-03	32-12	B19	20 385 046	4,96	815 402	13 046 430	13 861 832	
10-03	16-06	B25	48 628 107	3,19	2 619 500	-	32 911 105	
10-11	16-06	B26	32 122 762	2,65	1 365 278	-	25 296 370	
12-02	18-12	B27	63 379 312	2,41	3 205 482	47 351 900	50 557 382	
12-02	18-12	B28	879 271	2,41	125 610	251 220	376 830	
12-12	18-06	B29	30 261 970	2,12	1 420 335	24 580 629	26 000 964	
12-12	18-06	B30	45 965 621	2,12	2 053 398	37 752 030	39 805 428	
12-02	18-12	B1	23 053 855	2,41	1 296 677	16 570 470	17 867 147	
12-05	18-12	B2	3 257 455	2,66	130 298	2 736 263	2 866 561	
09-06	34-06	B21	19 489 400	5,44	779 576	14 032 368	14 811 944	
09-09	29-06	B22	1 008 065	4,98	50 403	655 242	705 645	
09-09	16-06	B23	472 041	3,61	67 434	-	67 434	
10-06	17-06	B25	655 379	3,81	93 626	93 626	187 251	
10-06	16-12	B26	24 440 636	3,84	977 625	-	19 552 509	
11-01	17-12	B27	48 451 918	3,59	2 982 989	30 553 982	33 536 972	
11-01	17-12	B28	1 101 859	3,59	157 408	157 408	314 817	
11-06	17-12	B30	2 081 907	3,42	83 276	1 665 526	1 748 802	
						189 522 222	\$ 280 619 249	\$
						189 522 222	\$ 280 619 249	\$

Fonds de financement (Fréquence des versements – Annuellement)

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au	
Émis	Dû					31 mars 2017	31 mars 2016
13-12	18-12	B31FF	88 959 967	\$ 2,30 %	4 024 259	\$ 76 887 191	\$ 80 911 449
13-12	18-12	B3FF2	30 999 789	2,30	1 567 740	26 296 570	27 864 309
14-03	18-12	B1FF	5 644 864	2,00	337 617	4 632 013	4 969 630
14-03	21-03	B2FF	491 071	2,78	70 153	280 612	350 765

Date		Série	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2017	Solde au 31 mars 2016	
Émis	Dû							
14-03	21-03	B3FF	851 263	2,78	121 609	486 436	608 045	
14-11	24-09	B4FF	55 544 890	3,00	2 221 796	51 101 299	53 323 094	
14-11	22-03	B5FF	902 101	2,58	128 872	644 358	773 229	
14-12	17-03	B6FF	1 322 800	1,29	661 440	-	661 440	
14-12	24-09	B7FF	41 059 669	2,90	2 324 050	36 411 570	38 735 619	
15-02	23-09	B8FF	4 329 936	1,94	481 104	3 367 728	3 848 832	
15-10	22-12	B9FF	3 945 800	2,02	563 686	3 382 115	3 945 800	
15-10	25-09	B10FF	66 295 453	2,27	2 651 818	63 643 635	66 295 453	
15-12	22-12	B11FF	7 942 493	2,02	441 250	7 501 243	7 942 494	
15-12	18-11	B12FF	9 860 228	1,17	1 201 088	8 659 140	9 860 229	
16-06	26-09	B13FF	49 635 856	2,34	2 778 683	49 635 856	-	
16-06	20-06	B14FF	4 586 840	1,15	1 006 896	4 586 840	-	
16-12	26-09	B15FF	18 574 883	2,15	977 625	18 574 883	-	
16-11	26-09	B16FF	46 461 296	2,15	1 858 452	46 461 296	-	
						402 552 785	\$ 300 090 388	\$

Projets autofinancés non apparentés (Fréquence des versements – Mensuellement)

Date		Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2017	Solde au 31 mars 2016	
Émis	Dû						
Caisse Desjardins							
07-03	31-06	1 300 000 \$	TP-1%=1,70 %	53 608 \$	768 738 \$	822 347 \$	
07-03	31-06	1 200 000	TP-1%=1,70	49 485	709 605	759 089	
					1 478 343	\$ 1 581 436	\$

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

	Montant original	Taux	Montant du versement	Solde au 31 mars 2017	Solde au 31 mars 2016	
Fonds de financement	12 419 572 \$	1,86 %	206 993 \$	6 830 764 \$	9 314 679 \$	
Fonds de financement	9 500 000	2,25	87 963	7 916 667	8 972 222	
				14 747 431	\$ 18 286 901	\$

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

Exercice financier	2017	2016
2017	- \$	111 536 069 \$
2018	68 822 111	62 200 454
2019	251 268 858	244 647 202
2020	20 292 958	13 671 301
2021	18 989 278	-
2022	17 231 364	11 808 366
2022-2026	-	143 238 466
2022-2027	219 968 570	-
2027-2031	-	8 691 967
2027-2032	8 573 512	-
2032-2036	-	4 784 149
2032-2037	3 154 130	-
Total	608 300 781 \$	600 577 974 \$

Tous ces emprunts sont garantis par le gouvernement du Québec.

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 11. - PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

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

A cet égard un montant de 322 500 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017. Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation et ingénierie détaillée.

NOTE 12. - AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

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

NOTE 13. - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

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

NOTE 14. - AFFECTATIONS

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

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

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

NOTE 16. - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

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

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

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

Risque de crédit

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

	Exercice		Exercice précédent
Encaisse	23 226 839	\$	38 065 169
Débiteurs MSSS	82 514 320		97 040 604
Autres débiteurs	56 107 508		55 061 597
Subvention à recevoir - réforme comptable	186 715 401		174 519 352
	-----		-----
Total	348 564 068	\$	364 686 722
	=====		=====

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

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

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

Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales incluses dans les autres débiteurs représentaient 37 % du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant		Exercice précédent	
Autres débiteurs à risque limité	50 635 345	\$	50 144 370	\$
Autres débiteurs avec un certain risque :				
Moins de 30 jours	1 366 508		1 890 797	
De 30 à 59 jours	562 668		825 402	
De 60 à 89 jours	491 657		314 478	
De 90 jours et plus	4 410 820		3 209 595	
<i>Sous-total</i>	6 831 653		6 240 272	
Provision pour créances douteuses	(1 359 490)		(1 323 045)	
<i>Sous-total</i>	5 541 616		4 917 227	
	-----		-----	
Total des autres débiteurs	56 107 508	\$	55 061 597	\$
	=====		=====	

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

	Exercice courant		Exercice précédent	
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	1 323 045	\$	1 093 562	\$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 100 412		606 250	
Montants recouverts	(1 063 967)		(376 767)	
	-----		-----	
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	1 359 490	\$	1 323 045	\$
	=====		=====	

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

Risque de liquidité

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

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

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

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

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

	Exercice courant		Exercice précédent	
De moins de 6 mois	137 658 053	\$	140 133 388	\$
De 6 mois à 1 an	1 144 573		841 649	
De 1 à 3 ans	1 488 371		2 476 723	
De 3 à 5 ans	1 931 236		791 966	
De plus de 5 ans	-		-	
	-----		-----	
Total des autres créditeurs	142 222 233	\$	144 243 726	\$
	=====		=====	

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	172 870 050	\$	146 702 512	\$
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	-		-	
Dettes à long terme	608 300 781		600 577 974	

Du montant des emprunts temporaires totalisant 172 870 050 \$, un montant de 135 745 227 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %, alors que d'autres représentant 32 152 126 \$ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Un dernier emprunt de 4 972 697 \$ portant intérêt selon le taux moyen mensuel sur les emprunts court terme du marché monétaire. Ce taux était de 0,4951 % au mois de mars 2017. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 608 300 781 \$, un montant de 592 075 007 \$ représente des emprunts portant intérêts à taux fixe. Les intérêts à taux fixe sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. De plus, 14 747 431 \$, représente des emprunts portant intérêt à taux fixe pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

Enfin, une somme de 1 478 343 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

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

NOTE 17. - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

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

NOTE 18. - EVENTUALITÉS

L'établissement a, à titre d'éventualités indéterminables (non comptabilisées), des griefs d'un montant total de 540 000 \$.

NOTE 19. – ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1^{er} avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1^{er} avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a été désigné « centre serveur » pour les établissements suivants : l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL), le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale) et le Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (CISSS des Îles). Il a conclu avec l'IUCPQ-UL, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CISSS des Îles une convention qui prend effet à compter du 1^{er} avril 2017 en vertu de laquelle il assume à compter de cette date l'entière responsabilité de l'exploitation des activités cédées et toutes les obligations qui en résultent envers les employés, les fournisseurs et les tiers en général. De plus, il jouit de tous les droits et assume toutes les obligations découlant des conventions collectives de travail en vigueur des employés visés par la cession. À titre de successeur subrogé, il assume tous les droits et obligations découlant des contrats d'approvisionnement ou de services afférents aux activités cédées.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

NOTE 20. - CHIFFRES COMPARATIFS

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

Examen analytique non audité

États financiers résumés

État des résultats - Autres revenus (page 3)

	2017		2016	
Financement public-parapublic	58 175 797	\$	59 451 323	\$
Contributions au titre des coûts indirects recherche	7 686 096		5 785 691	
Revenus des stages d'enseignement	1 632 818		1 669 848	
Location d'espace	488 310		595 377	
Autres revenus de location	4 200		11 200	
Contributions en partenariat aux activités cliniques	860 076		879 234	
Subventions d'universités	24 077 566		22 101 508	
Entreprises privées	17 540 384		10 040 394	
Fondations et OSBL	6 248 033		4 402 300	
Autres revenus	8 101 961		20 148 109	
	124 815 241		125 084 984	

État des résultats - Autres charges (page 3)

	2017		2016	
Services achetés	40 068 069	\$	37 817 388	
Fournitures médicales et diverses	36 338 784		34 714 271	
Honoraires professionnels	7 992 750		10 039 973	
Fournitures et approvisionnement	21 573 649		22 618 063	
Énergie, électricité et combustibles	13 144 716		13 078 152	
Publicité et communication	2 516 241		2 182 379	
Frais de déplacement, formation, cotisation et assurance	5 406 645		5 387 318	
Dépenses informatiques	2 208 486		3 000 801	
Transports, usagers et autres	5 577 967		5 807 161	
Entretien, réparation, immeuble, équip. Gén & électro.	883 990		926 195	
Dépréciation des terrains excédentaires	4 806 486		-	
Passif au titre des sites contaminés	-		322 500	
Autres	1 991 451		1 367 288	
	142 509 234		137 261 489	

État de la situation financière - Autres débiteurs (page 6)

	2017		2016	
Établissements	5 970 738	\$	7 926 911	\$
Contribution des usagers	6 245 835		6 240 274	
Avances aux employés	9 330 092		10 308 998	
Réclamations TPS et TVQ	3 389 360		4 680 932	
Recherche	15 586 793		11 507 958	
Fondation du CHU et Corporation des bénévoles	2 432 630		2 248 588	
RAMQ	10 057 679		8 114 607	
Autres	4 453 871		5 356 374	
Sous-Total	57 466 998		56 384 642	
Provision pour créances douteuses	(1 359 490)		(1 323 045)	
Total	56 107 508		55 061 597	

État de la situation financière - Actifs financiers Autres éléments (page 6)

	2017		2016	
Dépôts sur acquisition d'immobilisations	1 254 228	\$	535 072	\$
Congés à traitement différé	1 792 803		1 460 709	
Autres	53 496		66 667	
	<u>3 100 527</u>		<u>2 062 448</u>	

État de la situation financière - Autres créditeurs et charges à payer (page 6)

	2017		2016	
Comptes fournisseurs et frais courus	66 808 373	\$	69 358 444	\$
Salaires	47 423 095		49 377 582	
Déductions à la source et charges sociales	26 516 650		24 275 065	
Autres	1 474 115		1 232 635	
	<u>142 222 233</u>		<u>144 243 726</u>	

État de la situation financière Passifs Autres éléments (page 6)

	2017		2016	
Congés à traitement différé	872 758	\$	937 156	\$
Autres	980 939		1 471 868	
	<u>1 853 697</u>		<u>2 409 024</u>	

État de la situation financière - Stocks de fournitures (page 6)

	2017		2016	
Médicaments	4 558 992	\$	4 220 975	\$
Produits sanguins	2 836 131		2 340 034	
Fournitures médicales et chirurgicales	7 421 973		7 829 623	
Denrées alimentaires	32 474		34 671	
Autres	7 246 154		7 630 864	
	22 095 724		22 056 167	

Détail autres

Fournitures de laboratoire	2 128 649		2 366 741	
Fournitures de lingerie	1 238 694		1 272 019	
Fournitures de radiologie	1 719 400		1 701 694	
Fournitures biomédicales	1 118 035		1 157 086	
État des résultats - Autres charges (page 3)	-		70 259	
Autres	1 041 376		1 063 065	
	7 246 154		7 630 864	

Informations additionnelles

OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>	<u>2023 et</u> <u>Suivants</u>
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec la SQI à verser :						
Un montant trimestriel de 203 848 \$ pour le stationnement du CHUL. Le bail est de vingt-cinq ans et se termine le 1 ^{er} novembre 2028.	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	815 392 \$	5 367 999 \$
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec la SQI et a accepté que le MSSS verse directement à la SQI :						
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre mère-enfant soleil. Le bail est de quinze ans et se termine le 11 juillet 2018.	4 200 526	1 050 132	-	-	-	-
Un montant annuel de base déterminé par la SQI pour le Centre de recherche St-Patrick. Le bail est renouvelé automatiquement pour cinq ans et se termine le 31 mars 2020.	840 137	840 137	840 137	-	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le 6, rue McMahon (CRCEO). Le bail est de quinze ans et se termine le 30 mars 2021.	1 627 437	1 627 437	1 627 437	1 627 437	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre de recherche du CHUL – Bloc R. Le bail est de quinze ans et se termine le 30 octobre 2020.	1 545 748	1 545 748	1 545 748	901 684	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le Centre de recherche HSFA. Le bail est renouvelé automatiquement pour cinq ans et se termine le 31 mars 2020.	192 388	192 388	192 388	-	-	-
Un montant annuel de base déterminé chaque année par la SQI pour le stationnement CHSLD St-Charles de Limoilou. Le bail est du 1 ^{er} novembre 2009 au 31 octobre 2024.	88 115	88 115	88 115	88 115	88 115	227 631

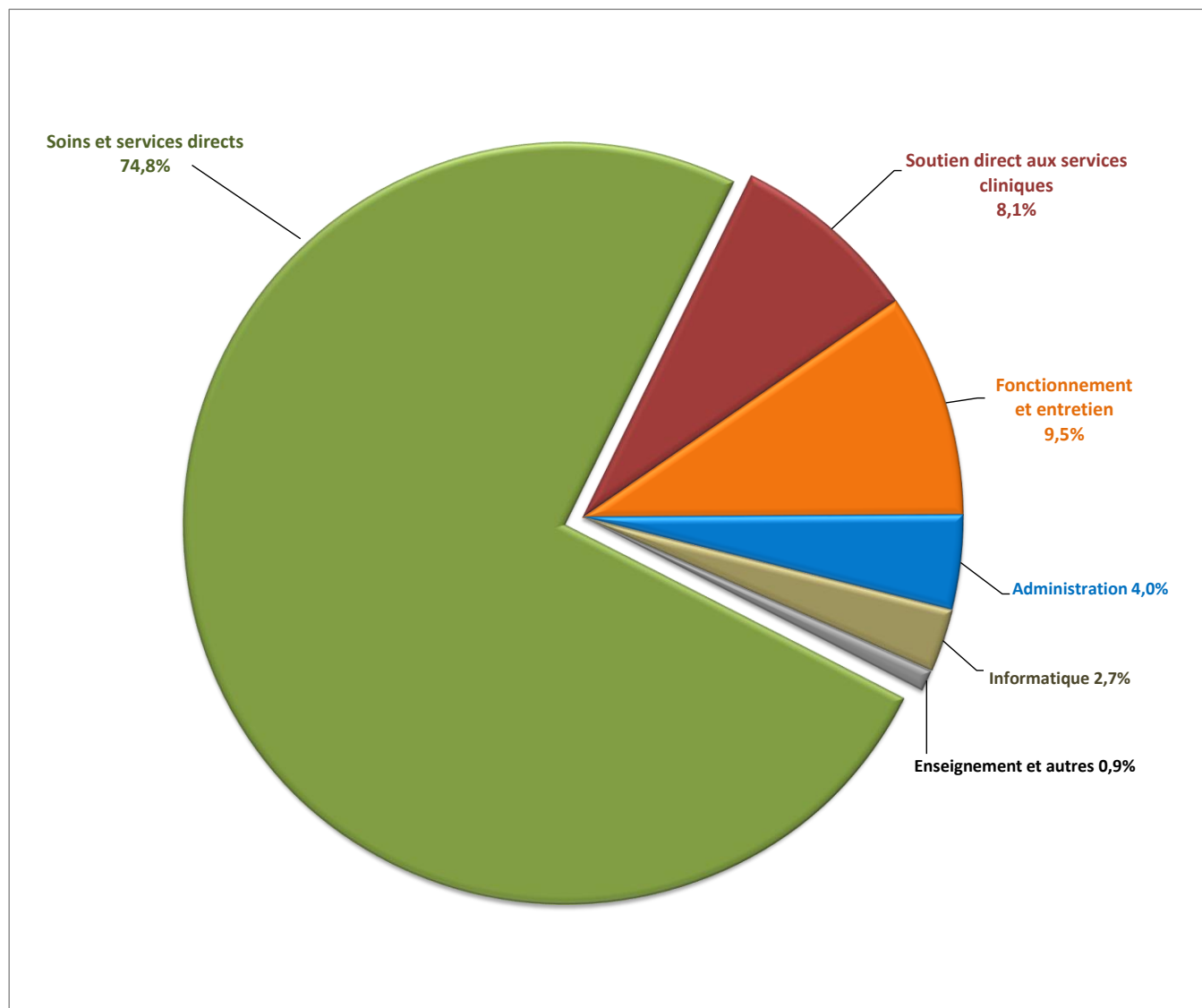
OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2022</u>	<u>2023 et Suivants</u>
L'établissement s'est engagé en vertu de contrats de location conclus avec d'autres organismes à verser :						
Un montant annuel de 36 479 \$ au CIUSSS de la Capitale Nationale. Le bail se renouvelle d'année en année.	36 479	-	-	-	-	-
Un montant mensuel de 33 881 \$ à l'Externat Saint-Jean-Eudes pour des locaux du centre administratif. Le bail est de dix ans et se termine le 30 juin 2021.	406 572	406 572	406 572	406 572	101 643	-
Un montant mensuel de 28 364 \$ à Gestion Laberge pour l'entrepôt de marchandises. Le bail est de dix ans et se termine le 1 ^{er} février 2022.	340 368	340 368	340 368	340 368	283 640	-
Un montant mensuel de 13 210 \$ à Cité médicale pour des bureaux de consultation. Le bail est de dix ans et se termine le 31 juillet 2021.	158 532	158 532	158 532	158 532	52 844	-
Un montant mensuel de 12 960 \$ à la société de Gestion Place Laurier pour 225 espaces de stationnement. Le bail se renouvelle d'année en année.	155 520	-	-	-	-	-
Total	10 407 214 \$	7 064 821 \$	6 014 689 \$	4 338 100 \$	1 341 634 \$	5 595 630 \$

Obligations contractuelles autres que les locations d'espaces

Échéance	Contrat d'acquisition d'immobilisations	Contrat d'approvisionnement biens et services	Contrat location-exploitation non apparenté	Total
2017-2018	45 420 098 \$	21 443 654 \$	1 928 316 \$	68 792 068 \$
2018-2019	-	9 916 948	1 485 294	11 402 242
2019-2020	-	6 071 108	1 225 152	7 296 260
2020-2021	-	4 271 958	1 181 385	5 453 343
2021-2022	-	786 808	418 068	1 204 876
2022-2027	-	2 295 935	-	2 295 935
2027-2032	-	-	-	-
Total	45 420 098 \$	44 786 411 \$	6 238 215 \$	96 444 724 \$

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES ANNÉE 2016-2017



	Charges brutes			
	2016-2017		2015-2016	
	%	M \$	%	M \$
Soins et services directs (1)	74,8%	730,60 \$	75,0%	744,20 \$
Soutien direct aux services cliniques	8,1%	79,10 \$	8,5%	84,30 \$
Fonctionnement et entretien	9,5%	92,35 \$	9,3%	91,80 \$
Administration	4,0%	39,20 \$	4,1%	40,80 \$
Informatique	2,7%	26,20 \$	2,2%	21,90 \$
Enseignement et autres	0,9%	8,75 \$	0,9%	9,30 \$
Total des charges brutes		976,20 \$		992,30 \$

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

CHARGES COMPARATIVES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS (Activités principales)							Unités de mesure			
Activités	Poids %	2016-2017 (M\$)	2015-2016 (M\$)	Augmentation (Diminution) (M\$)	Augmentation (Diminution) %	2016-2017	2015-2016	Augmentation (Diminution) %	Notes	
				Réel 16-17 vs réel 15-16	Réel 16-17 vs réel 15-16			Réel 16-17 vs réel 15-16		
6010-6020-6050-6060-6160-6080	Soins infirmiers sur les unités de soins	16,16%	157,70 \$	177,00 \$	(19,30) \$	-11%	372 954	453 996	-18%	1
6170	Soins infirmiers à domicile	0,01%	0,10 \$	0,20 \$	(0,10) \$	-50%	Le jour présence (A) 96	439	-78%	1
6180	Hôtellerie hospitalière	0,03%	0,30 \$	0,30 \$	- \$	0%	L'usager (B) 16 623	16 692	0%	
6200	Soins spéc. nouveau-nés	1,55%	15,20 \$	14,30 \$	0,90 \$	6%	Le jour présence (A) 18 851	18 441	2%	
6240	Urgence	5,60%	54,60 \$	56,60 \$	(2,00) \$	-4%	Le jour présence (A) 235 851	236 918	0%	1
6250	Nutrition parentérale totale	0,15%	1,50 \$	1,50 \$	- \$	0%	La visite (A) 13 068	14 109	-7%	
6260-6070	Bloc opératoire et chirurgie d'un jour	10,14%	99,00 \$	95,00 \$	4,00 \$	4%	Le jour traitement (A) 102 427	102 458	0%	
6280-6290-6300-7090	Services en externe et Hôp.de jour	3,39%	33,10 \$	32,60 \$	0,50 \$	2%	L'usager (B) 712 967	699 254	2%	
6330	Services d'évaluation / traitement de 2e et 3e ligne en santé mentale	0,05%	0,50 \$	2,70 \$	(2,20) \$	-81%	La visite-La présence-Le ir soins (A) 675	6 779	-90%	1
6350	Inhalothérapie	1,10%	10,70 \$	10,20 \$	0,50 \$	5%	L'usager (B) 7 133 094	6 760 560	6%	
6360	Centre de soins mère et nouveau-né	2,74%	26,80 \$	27,00 \$	(0,20) \$	-1%	L'unité technique (A) 44 395	46 280	-4%	
6550	Services dentaires curatifs	0,11%	1,00 \$	1,10 \$	(0,10) \$	-9%	Le jour présence (A) 1 343	1 364	-2%	
6600	Laboratoires	6,52%	63,60 \$	62,20 \$	1,40 \$	2%	L'usager (B) 57 243 650	57 214 764	0%	
6620	Sécurité transfus. et produits sanguins	3,90%	38,00 \$	34,40 \$	3,60 \$	10%	La procédure pondérée (A)			
6610 - 6710 - 6780	Physiologie resp, électrophysiologie et médecine nucléaire	1,70%	16,60 \$	15,30 \$	1,30 \$	8%	11 179 050	10 711 425	4%	
6750	Hémodynamie	0,47%	4,60 \$	4,70 \$	(0,10) \$	-2%	L'unité technique (A) 291 030	292 945	-1%	
6770	Endoscopie	0,86%	8,40 \$	8,20 \$	0,20 \$	2%	L'unité technique (A) 63 364	69 552	-9%	
6790	Dialyse rénale	1,29%	12,60 \$	12,60 \$	- \$	0%	Le nombre d'exams (A) 70 069	71 379	-2%	
6800	Pharmacie	8,90%	86,85 \$	87,60 \$	(0,75) \$	-1%	Le traitement (A)			
6830	Imagerie médicale	3,89%	38,00 \$	34,90 \$	3,10 \$	9%	17 209 579	16 645 458	3%	
6840	Radio-oncologie	1,17%	11,40 \$	11,40 \$	- \$	0%	L'unité technique (A) 56 029	54 777	2%	
6560-6860 6870-6880-7553	Services professionnels	2,44%	23,80 \$	29,70 \$	(5,90) \$	-20%	Heures de traitement			
7060	Hémato-oncologie	1,18%	11,55 \$	10,60 \$	0,95 \$	9%	82 756	79 593	4%	
5950-6000-7150	Administration des soins et Formateurs	1,74%	16,95 \$	19,90 \$	(2,95) \$	-15%	La visite (A)			
6320	Unité de retraitement (stérilisation)	0,75%	7,35 \$	7,20 \$	0,15 \$	2%	442 984	450 520	-2%	
7390-7400	Déplacements des usagers	0,65%	6,35 \$	6,50 \$	(0,15) \$	-2%	Le retraitement pondéré (A) 41 584	44 556	-7%	
7530	Archives- réception- télécommunications	2,42%	23,65 \$	25,70 \$	(2,05) \$	-8%	Le déplacement d'un usager (A)			
7554	Services d'alimentation	2,54%	24,80 \$	25,00 \$	(0,20) \$	-1%	3 322 274	3 338 165	0%	
7600 - 7640 - 7650	Buanderie, hygiène et salubrité	3,51%	34,25 \$	33,70 \$	0,55 \$	2%	Le repas (A)			
7700-7710- 7800	Fonctionnement, sécurité, entretien	5,95%	58,10 \$	58,10 \$	- \$	0%	444 806	438 182	2%	
7300 - 7320	Administration	4,02%	39,20 \$	40,80 \$	(1,60) \$	-4%	Le mètre carré (A)			2
7340	Informatique	2,45%	23,90 \$	21,90 \$	2,00 \$	9%				3
4130-6380-6580-6390-6900-7200-7900-7910-7930-7980-7990	Autres charges non détaillées	2,64%	25,75 \$	23,40 \$	2,35 \$	10%				
SOUS-TOTAL		100,00%	976,20 \$	992,30 \$	(16,10) \$	-2%				
Charges non réparties			1,90 \$	9,00 \$						
Transferts de frais généraux			(1,70) \$	(1,70) \$						
TOTAL			976,40 \$	999,60 \$						

Note 1 : Transfert CIUSSS 2015-16
Note 2 : Transfert CIUSSS 16-17 (rémunération)
Note 3 : Transfert IUCCPQ à la P08 de 2015-16

**CHARGES COMPARATIVES PAR CENTRE D'ACTIVITÉS
(Activités principales)**

Unités de mesure

Activités	Poids %	2016-2017 (M\$)	2015-2016 (M\$)	Augmentation	Augmentation	2016-2017	2015-2016	Augmentation	Notes
				(Diminution) (M\$) Réel 16-17 vs réel 15-16	(Diminution) % Réel 16-17 vs réel 15-16			(Diminution) % Réel 16-17 vs réel 15-16	
7980 Act. spéciales_prog-services		13,80 \$	12,40 \$						
7990 Activités spéc._progr. Soutien et autres		0,80 \$	1,40 \$						
4130 Maladies infectieuses		0,10 \$	0,10 \$						
6380 Psychogériatrie		- \$	0,20 \$						
		14,70 \$	14,10 \$						
7990 Activités spéc._CDO Cristal-Net		2,30 \$	- \$						
6390 Centre de spiritualité		3,50 \$	3,40 \$						
7200 Enseignement		3,35 \$	2,90 \$						
7900 Mesure stabilité sécurité		0,50 \$	1,30 \$						
7930 Prêts de services		1,40 \$	1,70 \$						
		8,75 \$	9,30 \$						
Total Autres charges non détaillées		25,75 \$	23,40 \$						
Soins et services directs (1)		730,60 \$	744,20 \$						
Soutien direct aux services cliniques		79,10 \$	84,30 \$						
Fonctionnement et entretien		92,35 \$	91,80 \$						
Administration		39,20 \$	40,80 \$						
Informatique		26,20 \$	21,90 \$						
Enseignement et autres		8,75 \$	9,30 \$						
		976,20 \$	992,30 \$						

Rapport de direction

(voir document ci-joint)

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

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

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

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

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

14 juin 2017
Date

Gertrude Bourdon
Nom


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

14 juin 2017
Date

Francois Latreille
Nom


Signature de la personne désignée

Directeur des ressources financières
Fonction

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

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

État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendants

(Voir document ci-joint)

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'utilisateur » n'est pas conforme aux définitions du MGF pour les centres d'activités suivants : 6332-6352-6564-6565-7090-7553. Il n'est pas possible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site étant donné la non-intégration des systèmes de compilation.	2012-13	C	Avec le transfert d'activités au CIUSSS de la Capitale Nationale, pour le CA 6332, il n'y a plus le problème de l'utilisateur unique puisque tout se retrouve dans un seul code budgétaire. Pour le CA 6352, l'utilisateur n'est pas une unité de mesure officielle. Pour les 4 autres secteurs (6564-6565-7090-7553) nous allons faire la preuve en 17-18 que les usagers sont uniques.		PR	
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie) n'est pas conforme aux définitions du MGF puisque les examens et procédures sont seulement compilés au moment de la signature électronique des médecins qui n'est pas nécessairement la même que la date des examens et procédures tel que prescrit au MGF.	2012-13	C	Tous les établissements du réseau qui utilisent le système Médirad compilent de cette façon. Le rapport de compilation du fournisseur du système utilise la date de signature puisqu'il y a un lien avec la facturation du médecin.			NR
<i>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</i>						
Non applicable pour 2015-2016.						

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)**Rapport à la gouvernance****Plan de reprise des opérations informatiques et de continuité des affaires**

Nous avons constaté que l'Établissement n'a pas de plan écrit de reprise des opérations informatiques ni de plan de continuité des affaires. Le plan de reprise des opérations informatiques est un élément crucial et nécessaire à la continuité des opérations, puisque c'est sur celui-ci que repose la capacité de récupération des activités dans l'éventualité où surviendrait un sinistre ou une panne informatique prolongée. Sans plan à jour, il existe un risque que des données essentielles à la poursuite des activités soient perdues ou récupérées dans des délais inacceptables pour l'organisation.

Nous recommandons à l'Établissement de mettre en place un plan de reprise des opérations informatiques et le consigner par écrit. Ce plan devrait permettre de déterminer, entre autres, les systèmes et applications prioritaires à relever et le délai de recouvrement souhaité par la direction et les utilisateurs. De plus, ce plan devrait faire l'objet d'essais de reprise effectués sur une base périodique, au moins annuellement. Enfin, le plan de reprise des opérations informatiques devrait être complété par un plan de continuité des affaires.

2010-11

C

Le plan de reprise des opérations informatiques est :

- Réalisé et consigné dans le document "Relève des bases de données – CHU de Québec GRF, GRM" daté du 26 octobre 2015;
- Enregistré sur un serveur Sharepoint situé dans un site distinct des serveurs supportant l'ensemble GRF/GRM;
- Validé de façon concluante le 7 décembre 2016 tel que consigné dans un compte rendu de la validation de la relève informatique. Un plan de continuité des affaires a été préparé en ce qui a trait aux opérations supportées par l'ensemble GRF/GRM dont la direction des ressources financières à la responsabilité. Ce plan, préparé en mars 2017 :
 - Identifie les risques, les impacts et les mesures à prendre le cas échéant;
 - A été déposé au comité de gestion des ressources financières le 15 mai 2017;

Sera déposé le 31 mai 2017 au comité de sécurité informationnelle du CHU de Québec-Université Laval afin d'être intégré à la démarche pilotée par la DTI.

R

Paramètres de sécurité des mots de passe

Nous avons constaté que les paramètres de mots de passe de l'Active Directory (donnant accès au réseau) et de l'application Espresso GRF/GRM ne sont pas complètement conformes aux directives de sécurité communiquées dans les politiques et procédures en matière de sécurité des accès aux systèmes. En effet, la composition des mots de passe de l'Active Directory et de

2011-12

C

La norme des mots de passe de l'Active directory est conforme au Cadre global de gestion des actifs informationnels.

Un mot de 8 caractères minimum, incluant 1 majuscule, 1 chiffre ou 1 caractère spécial. Il change au 90 jours. Windows retient les 15 derniers mots de passe. Après 5 tentatives, la session se verrouille. L'activation de la fonction LDAP pour les utilisateurs de l'ensemble GRF/GRM a été effectuée entre le

R

<p>GRM n'intègrent pas de critères de complexité tels que des lettres, chiffres ou caractères spéciaux. De plus, la longueur des mots de passe d'Espresso GRF/GRM n'est pas conforme au minimum de huit caractères énoncé dans la politique. Nous aimerions porter à votre attention que les directives de sécurité sont plus près des saines pratiques en matière de sécurité des accès.</p> <p>La faiblesse dans la sécurité des mots de passe de l'application comptable augmente les risques que des utilisateurs non autorisés accèdent aux données financières et que des modifications non appropriées soient effectuées. De plus, les écarts avec les directives de sécurité peuvent nuire à la crédibilité des efforts de la direction en matière de sécurité de l'information.</p> <p>Nous recommandons à l'Établissement de renforcer la sécurité des mots de passe de l'application comptable et d'activer le changement périodique des mots de passe.</p> <p>Aussi, l'Établissement devrait s'assurer que la politique de sécurité de l'information, les normes et les lignes directrices en matière de sécurité de l'information énoncent la volonté de la direction en cette matière et sont mises en Œuvre en totalité.</p>			3 mai 2016 et le 15 décembre 2016.			
<p>Les mises à jour des profils d'utilisateurs et des menus du système ne sont pas limitées au personnel affecté à la sécurité des TI.</p> <p>Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences de la mesure 5.7.3 du Cadre global de gestion.</p>	2015-16	C	<p>La gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux fonctions de l'ensemble GRF/GRM s'effectue conformément à la politique de gestion des accès adoptée par le CHU de Québec-Université Laval. Cette politique prévoit que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les détenteurs, normalement les directeurs concernés, sont les propriétaires de l'information et en ont la responsabilité; - Les fiduciaires assistent les détenteurs à établir les règles de gestion de l'information et ont la responsabilité de faire appliquer les règles, notamment en ce qui a trait aux profils et aux accès; 		PR	

			Les pilotes de systèmes exécutent les tâches associées à la gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux fonctions de l'ensemble GRF/GRM.			
<p>Bien qu'un mécanisme désactive automatiquement tous les comptes non utilisés depuis 90 jours, nous avons constaté que les comptes réseau (AD) d'employés ayant cessé leurs fonctions ne sont pas toujours désactivés en temps opportun, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences de la mesure 5.7.3 du <i>Cadre global de gestion</i>. Nous recommandons que l'organisation respecte le <i>Cadre global de gestion</i> (mesure 5.7.3, point 4). Ainsi les droits d'accès aux actifs informationnels et aux moyens de traitement de l'information doivent être réduits ou supprimés avant la fin ou la modification du contrat.</p>	2015-16	C	<p>La liste des fermetures de comptes d'utilisateurs est traitée 30 jours suivant le départ de l'employé. Par contre, l'an passé, le CHU de Québec-Université Laval s'est trouvé dans une situation unique au Québec, de par la loi 10, à savoir le transfert de certaines activités au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Le maintien de ses activités se fait cependant toujours à l'intérieur des murs de l'organisation. Malgré le fait que les ex-employés du CHU de Québec-Université Laval apparaissent sur des listes de départs, leurs accès doivent demeurer actifs, le temps que le CIUSSS se structure pour recevoir les dossiers des employés et des usagers. Nous avons tout près de 1 000 personnes dans cette situation.</p>	R		
<p>Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences stipulées à la mesure 5.9.2.9 (point 2) du <i>Cadre global de gestion</i>. Nous recommandons que l'organisation respecte le <i>Cadre global de gestion</i> (mesure 5.9.2.9, point 2). Ainsi, la journalisation et la surveillance appropriées doivent être appliquées pour permettre l'enregistrement et le traitement des tentatives d'accès non autorisées aux systèmes et aux données.</p>	2015-16	C	<p>Le nécessaire a été fait afin de répondre aux exigences stipulées à la mesure 5.9.2.9 (point 2) du <i>Cadre global de gestion</i>.</p>	R		

Les membres du conseil d'administration (au 31 mars 2017)

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

Composition des comités du conseil d'administration

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

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p>Comité de gouvernance et d'éthique (CGE) <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants et présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office</i></p>	<p>Président : M. Gaston Bédard Vice-président : M. Jean Beupré</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Louis-Denis Fortin (CRH) • M^{me} Diane Jean (CV) • M^{me} Suzanne Petit (CSC et CVQ) • M. Michel Bergeron (CRTI et CNCH) • M. Marc Giroux (CR) • Poste vacant (CREE) • M^{me} Gertrude Bourdon, PDG (membre d'office) 	<p>M^{me} Gertrude Bourdon, PDG et secrétaire</p> <p>Secrétariat : M^{me} Marie-France Larrivée, adj. adm. du C. A.</p>
<p>Comité de vérification (CV) <i>Minimum de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il est composé de cinq administrateurs et du président qui est membre d'office. Au moins un des membres doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Il doit être présidé par un membre indépendant. La PDG est membre d'office.</i></p>	<p>Présidente : M^{me} Diane Jean Vice-présidente : M^{me} Sophie Lefrançois</p> <p>Membres d'office</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le président, M. Gaston Bédard <p>Autres membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Jean Beupré • M. Michel Bergeron • M^{me} Suzanne Petit <p>La présidente-directrice générale, M^{me} Gertrude Bourdon (voie consultative)</p>	<p>M. François Latreille, DGA finances, performance et affaires économiques</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Yves Fortin, directeur des finances • M. Guy Gignac, DGA à la logistique hospitalière <p>Secrétariat : M^{me} Nathalie Lefebvre, adj. adm.</p>
<p>Comité des ressources humaines (CRH) <i>Au moins 4 membres dont la PDG</i></p>	<p>Président : M. Louis-Denis Fortin Vice-président : M. Marc Giroux</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Odette Marcoux • M. Julien Poitras • M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale 	<p>M. Michel Boudreault, directeur des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation (DRHDPT)</p> <p>Personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers • M^{me} Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires • M. Pierre-André Tremblay, directeur des services techniques <p>Secrétariat : M^{me} Annie Caron, adj. adm. DRHDPT</p>

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
Comité des services aux clientèles (CSC) <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i>	Présidente : M ^{me} Suzanne Petit Vice-présidente : M ^{me} Sylvie Lemieux Membres : <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Katia Boivin • M^{me} Marielle Philibert • M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale • La commissaire aux plaintes (voie consultative) 	M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques (DEQEPAJ) Personnes ressources : <ul style="list-style-type: none"> • D^{re} Maryse Turcotte, DSP • M^{me} Lucie Grenier, DGA clinique, accès et pratiques innovantes • D^r André Garon, directeur médical des services hospitaliers • M^{me} Jasmine Martineau, directrice des services multidisciplinaires Secrétariat : M ^{me} Axelle Kerckaert, adj. adm., DEQEPAJ
Comité de vigilance et de qualité (CVQ) <i>Cinq personnes dont la PDG et la commissaire aux plaintes. Les trois autres personnes sont choisies par le C. A. parmi les membres qui ne travaillent pas au CHU et l'une de ces trois personnes doit être la personne désignée par le comité des usagers pour siéger au CA</i>	Présidente : M ^{me} Suzanne Petit Vice-présidente : M ^{me} Sylvie Lemieux Membres : <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Marielle Philibert (comité des usagers) • M^{me} Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services • M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale 	M ^{me} Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services Secrétariat : M ^{me} Lise Poulin, adj. adm. bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité de services
Comité des ressources technologiques et immobilières (CRTI) <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i>	Président : M. Michel Bergeron Vice-président : M. Jean Beaupré Membres : <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Sophie Lefrançois • D^r Alain Naud • M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale 	M. Guy Gignac, directeur général adjoint, logistique hospitalière Personnes ressources : <ul style="list-style-type: none"> • M^{me} Lucie Grenier, DGA clinique, accès et pratiques innovantes • M. Jean Boulanger, DTI • M. Pierre-André Tremblay, DST Secrétariat : M ^{me} Caroline Ouellet, DGA logistique hospitalière
Comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation (CREE) <i>Au moins quatre membres dont la PDG</i>	Président : Poste vacant Vice-présidente : M ^{me} Marie Audette Membres : <ul style="list-style-type: none"> • D^r François Lauzier • D^r Julien Poitras • M^{me} Gertrude Bourdon, présidente-directrice générale 	D ^r Serge Rivest, directeur de la recherche Personnes ressources : <ul style="list-style-type: none"> • D^r Guy Bellemare, directeur de l'enseignement • M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques Secrétariat : M ^{me} Marjorie Aubé, adj. adm. DR

NOM DU COMITÉ	MEMBRES	Directeurs responsables et personnes ressources (invitées aux comités)
<p>Comité du nouveau complexe hospitalier (CNCH) <i>Six membres dont un membre indépendant qui agit à titre de président du comité, le président du C. A. et le PDG</i></p>	<p>Président : M. Michel Bergeron</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • M. Gaston Bédard, président du C. A. • M^{me} Gertrude Bourdon, PDG • M. Jean Beaupré • D^r François Lauzier • M^{me} Sophie Lefrançois 	<p>M. Luc Gagnon, directeur clinique du NCH et secrétaire du comité</p> <p>Invités :</p> <p>M^{me} Lucie Grenier, DGACAPI M. Guy Gignac, DGALH D^r Maryse Turcotte, DSP intérim M^{me} Geneviève Dupuis, DCR</p> <p>Secrétariat : M^{me} Chantal Paradis, adj. adm. NCH</p>
<p>Comité de révision (plaintes) (CR) <i>Présidé par un membre indépendant Deux autres membres recommandés par le CMDP</i></p>	<p>Président : M. Marc Giroux</p> <p>Membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D^r Robert Lauzon • Un poste vacant • D^{re} Pauline Crête (substitut) • D^r Marc Bergeron (substitut) 	<p>M^{me} Angèle Dubé, commissaire aux plaintes et à la qualité des services</p> <p>Secrétariat : M^{me} Lise Poulin, adj. adm. commissaire aux plaintes et à la qualité des services</p>

Comité de direction (au 31 mars 2017)

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

Rapport d'éthique et de déontologie



CONSEIL D'ADMINISTRATION

RAPPORT ANNUEL 2016-2017
SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

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

Au 31 mars 2017, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2016-2017.

La secrétaire du conseil d'administration,



Gertrude Bourdon

Signé à Québec ce 2 mai 2017

Annexe 1

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

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

Favoriser l'entraide.

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

8.2 Respect et loyauté

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

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

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

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

8.3 Impartialité

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

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

8.4 **Transparence**

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

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

8.5 **Discrétion et confidentialité**

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

8.6 **Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 *Relations publiques*

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

8.8 *Charge publique*

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation, ou sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 - APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

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

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

19. *Processus disciplinaire*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. *Notion d'indépendance*

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

21. *Obligations en fin du mandat*

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

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

Les installations du CHU de Québec-Université Laval

SIÈGE SOCIAL :

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

Hôpital de l'Enfant-Jésus

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

CHUL

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

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Hôpital Saint-François d'Assise

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

Centre administratif

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

Rédaction, coordination et production : Direction adjointe communications

Merci!

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec 2017

Bibliothèque nationale du Canada 2017

ISSN : 2291-8043

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

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

