



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2017-2018



TABLE DES MATIÈRES

4	MESSAGE DES AUTORITÉS
5	DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS
6	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS
52	RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
56	ACTIVITÉ RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ
76	APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE
86	RESSOURCES HUMAINES
88	RESSOURCES FINANCIÈRES
92	ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT
98	ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

1 MESSAGE DES AUTORITÉS

Montréal, le 12 juin 2018



Rapportsannuels@msss.gouv.qc.ca

Objet : Rapport annuel 2017-2018 du CHU Sainte-Justine

Bonjour,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion 2017-2018 du CHU Sainte-Justine.

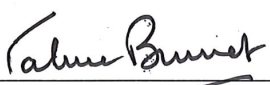
Grâce à une équipe engagée ainsi qu'à une collaboration grandissante avec les partenaires du réseau, le CHU Sainte-Justine assure l'accès aux services pédiatriques spécialisés et aux mères d'une grande qualité et ce, avec un souci constant d'excellence.

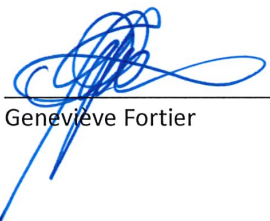
C'est avec beaucoup de fierté que nous vous déposons ce rapport annuel.

Veuillez recevoir, l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Président-directeur général

La présidente
Conseil d'administration CHUM-CHUSJ


Fabrice Brunet


Geneviève Fortier

P.J. : 1

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5
www.chu-sainte-justine.org

2 DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université
de Montréal

Montréal, le 12 juin 2018

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion 2017-2018 du CHU Sainte-Justine

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du CHU Sainte-Justine :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation qui se présentait au 31 mars 2018.

Le Président-directeur général

Fabrice Brunet

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5
www.chu-sainte-justine.org

3 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

L'ÉTABLISSEMENT NOTRE MISSION

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

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

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

NOTRE VISION

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

Pour réaliser notre vision, il nous faut :

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

NOS VALEURS

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

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

• L'ENGAGEMENT AUPRÈS DES MÈRES ET DES ENFANTS

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

• LA QUÊTE DE L'EXCELLENCE

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

• LE RESPECT DE L'INDIVIDU

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

• L'ESPRIT DE COLLABORATION

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

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

POPULATION ¹

Le 1^{er} janvier 2017, la population du Québec était estimée à 8 351 700 personnes, soit une augmentation de 68 500 personnes (0,8 %) par rapport à la même date en 2016. Trois facteurs expliquent cette hausse en 2017, soit l'accroissement naturel (naissances moins décès), la migration nette et les résidents non-permanents. La proportion du nombre de femmes (50,3 %) et d'hommes (49,7 %) demeure semblable à 2016.

En 2017, l'âge médian qui sépare la population en deux groupes égaux est de 42,2 ans. Les personnes de moins de 20 ans représentent 20,6 % de la population du Québec, celles de 20 à 64 ans, 60,9 %, et finalement le groupe des 65 ans et plus représente 18,1 % de la population totale. Les centenaires sont estimées à 1 700 personnes au Québec, dont 90 % sont des femmes.

Par rapport à l'ensemble du Canada, le poids démographique du Québec, deuxième en importance au Canada, est de 22,9 % au 1^{er} juillet 2017, comparativement à 38,7 % pour l'Ontario.

MIGRATIONS INTERRÉGIONALES²

Entre le 1^{er} juillet 2016 et le 1^{er} juillet 2017, environ 202 500 personnes ont changé de région administrative au Québec, une hausse qui représente 2,5 % de la population totale. C'est le groupe d'âge des 20 à 29 ans qui migre le plus (6 %), alors que le pourcentage diminue par la suite chez les groupes de plus de 30 ans pour atteindre 1 % chez le groupe d'âge de 65 ans et plus. Le vieillissement de la population contribue à cette baisse de la mobilité. Dans l'ensemble, 11 régions administratives ont fait des gains dans leurs échanges migratoires internes en 2016-2017, et 6 régions ont enregistré des pertes, dont 5 de la zone éloignée.

En 2017, le solde migratoire de Montréal affiche un déficit de 19 869 personnes au profit des quatre régions qui lui sont adjacentes, dont trois (Laurentides, Lanaudière et Montérégie) se maintiennent en tête des régions gagnantes. Laval revient parmi les régions gagnantes avec un gain de seulement 260 personnes.

- Régions qui ont fait des gains : Lanaudière (+3 507), Laurentides (+6 098), Montérégie (+6 686), Capitale-Nationale (+1 372), Chaudière-Appalaches (+925), Mauricie (+1 127), Centre-du-Québec (+1 247), Estrie (+489), Outaouais (+599), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (+122), Laval(+260)
- Régions qui ont fait des pertes : Montréal (-19 869), Bas-Saint-Laurent(-168), Côte-Nord (-1 092), Saguenay-Lac-Saint-Jean(-710), Abitibi-Témiscamingue (-302), Nord-du-Québec (-291)

¹ Institut de la Statistique du Québec, Le bilan démographique du Québec, édition décembre 2017

² Institut de la Statistique du Québec, La migration interrégionale au Québec en 2016-2017, Coup d'œil sociodémographique, mars 2018, numéro 63.

FÉCONDITÉ³

Au Québec, la fécondité est surtout concentrée chez les femmes de 25 et 34 ans. La baisse du nombre de naissances⁴ est étroitement reliée à l'indice de fécondité, qui diminue de manière importante en 2017 pour s'établir à 1,54. Il était à 1,59 en 2016. C'est un recul pour une 8^e année consécutive, après avoir atteint un maximum en 2009 avec un indice de 1,73. Toutefois, cette baisse n'est pas aussi faible que celle constatée au début des années 2000 et vers le milieu des années 1980, alors que la fécondité était à moins de 1,5 enfant par femme.

La fécondité continue de diminuer chez les femmes de moins de 30 ans, mais aussi au-delà de cet âge où l'on constate un fléchissement. En effet, depuis 2013 la fécondité chez les femmes de 30-34 ans est la plus élevée, toutefois on dénote une diminution en 2017 pour atteindre un taux de 105 naissances pour 1 000 femmes.

Cette baisse apparaît aussi chez les femmes de 25 à 29 ans avec un taux qui pour la première fois est inférieur à 100 naissances pour mille. Le constat est identique chez les moins de 20 ans où la fécondité baisse.

Pour l'ensemble des femmes qui accouchent, l'âge moyen est de 30,6 en 2017. Pour ce qui est de l'âge moyen à la naissance du premier enfant, il demeure à 29,0 ans.

La fécondité dans les régions du Québec

L'évolution de la fécondité dans les régions est semblable à celle du Québec dans son ensemble, soit une augmentation de l'indice synthétique de fécondité au cours des années 2000, et une baisse dans les récentes années.

En comparant certaines régions entre elles, on remarque des différences importantes comme par exemple, entre la région du Nord du Québec (1^{er} rang) et celle de Montréal (dernier rang) qui affichent respectivement des indices de fécondité de 2,60 et de 1,40 enfant par femme. Deux autres régions présentent des indices inférieurs à 1,5 par femme, soit la Capitale-Nationale et Laval.

³ Institut de la Statistique du Québec, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2017, Coup d'œil sociodémographique, mai 2018, numéro 66.

⁴ Deux facteurs expliquent le nombre de naissances soit l'intensité de la fécondité et le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION (SUITE)

Les résultats de l'indice synthétique de fécondité par région administrative du Québec sont présentés dans le tableau suivant :

RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC	2017	2018
Nord du Québec	2,60	2,51
Côte-Nord	1,87	1,78
Abitibi-Témiscamingue	1,79	1,92
Chaudière-Appalaches	1,75	1,84
Centre-du-Québec	1,75	1,79
Saguenay-Lac-Saint-Jean	1,65	1,71
Bas Saint-Laurent	1,64	1,69
Lanaudière	1,64	1,71
Outaouais	1,61	1,72
Montérégie	1,60	1,67
Laurentides	1,58	1,67
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,57	1,49
Estrie	1,54	1,61
ENSEMBLE DU QUÉBEC	1,54	1,59
Mauricie	1,53	1,66
Laval	1,47	1,56
Capitale-Nationale	1,45	1,48
Montréal	1,40	1,43

NAISSANCES⁵

Le nombre des naissances enregistrées en 2017p⁶ est de 83 900, une baisse de près de 3 % et de 6 % respectivement par rapport à 2016 (86 400p) et de 2012 (88 933).

Le rapport de masculinité à la naissance est d'environ 105 garçons pour 100 filles (106 en 2016), soit 42 900 garçons (44 500 en 2016), et 41 000 filles (41 900 en 2016).

Les naissances d'un premier-né représentent 43 % des bébés, tandis que celles des rangs 2 et 3 ou plus, représentent respectivement 36 % et 21 %. La proportion des naissances multiples (jumeaux, triplés, etc.) est de 2,9 % et demeure autour de 3 % depuis quelques années.

En 2017, 30 % des nouveau-nés au Québec ont au moins un parent né à l'étranger (19 % il y a 20 ans) : 21 % ont deux parents nés à l'étranger et 11 % ont un seul de leurs parents né dans un autre pays.

La proportion d'enfants issus de parents non mariés est de 63 %, tendance qui se stabilise depuis le milieu des années 2000.

L'ESPÉRANCE DE VIE⁷

L'espérance de vie à la naissance pour les hommes et les femmes au Québec, est respectivement de 80,6 ans et de 84,5 ans. À remarquer que l'écart entre les deux sexes qui était de 8 ans au tournant des années 1980, se rétrécit avec le temps pour être de moins de 4 ans en 2017.

Les dernières compilations de Statistiques Canada sur les années 2013 - 2015 nous montrent que l'espérance de vie des Québécois(es) est légèrement supérieure à la moyenne canadienne, et parmi les plus élevées au monde.

Parmi les pays de l'OCDE⁸, ce sont les femmes du Japon (87,1 ans) et les hommes de l'Islande (81,2 ans) qui ont la palme d'or avec l'espérance de vie la plus élevée. En 2016, la durée de vie moyenne au Québec est supérieure à celle observée aux États-Unis, soit 4,7 ans de plus chez les hommes et 3,4 ans de plus chez les femmes.⁹

5 Girard, Chantale, Institut de la Statistique du Québec, [Les naissances au Québec et dans les régions en 2017](#), Coup d'œil sociodémographique, avril 2018, numéro 65.

6 p = données provisoires

7 Institut de la Statistique du Québec, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2017, Coup d'œil sociodémographique, mai 2018, numéro 66.

8 Rapport de l'OCDE 2018 avec les données de 2015.

9 Rapport du National Center for Health Statistics, 2017.

DÉCÈS¹⁰

Selon l'estimation provisoire, le nombre de décès survenus au Québec en 2017 est de 66 300, soit 2 700 de plus (+4,2 %) qu'en 2016, ce qui correspond à environ 32 700 hommes et 33 600 femmes. Cette augmentation suit une tendance générale observée en raison du vieillissement de la population, et doit également être mise en lien avec la surmortalité hivernale des cinq dernières années, à l'exception de l'année 2016 qui a été épargnée.

Ainsi, par rapport à tous les groupes d'âge, ce sont les personnes âgées de plus de 65 ans qui affichent la proportion la plus élevée de décès en 2017, soit 78 % d'hommes et 86 % de femmes.

En général, les décès chez les hommes sont, sauf dans de rares exceptions, plus nombreux que les femmes. Chez ces dernières toutefois, le nombre de décès en 2017 est plus élevé à partir de 86 ans. Pour les centenaires, cela représente un peu plus de 650 femmes et une centaine d'hommes.

LA MORTALITÉ INFANTILE¹¹

Depuis la fin des années 90, la mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an) au Québec demeure stable. Mis à part les enfants âgés de moins d'un an, il y a très peu de décès reliés aux jeunes enfants.

Selon les données provisoires de 2017, le nombre de décès avant l'âge d'un an s'établit à près de 370, ce qui correspond à un taux de mortalité infantile de 4,3 pour mille naissances, une légère baisse par rapport aux années 2015 (4,8), et 2016 (4,5). Néanmoins, la mortalité infantile au Québec connaît une relative stabilité en 2017.

Dans le reste du Canada, le taux de mortalité infantile correspond à 4,5 pour mille naissances en 2015 (dernières données disponibles), et il est supérieur à 5,9 pour mille aux États-Unis en 2016. Pour la grande majorité des pays de l'OCDE, le taux est inférieur à 5 pour mille en 2015.

¹⁰ Institut de la Statistique du Québec, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2017, Coup d'œil sociodémographique, mai 2018, numéro 66.

¹¹ Idem

VOCATION SUPRARÉGIONALE

FAITS SAILLANTS – ANNÉE 2017-2018

PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE À DOMICILE

Le Programme ministériel dessert la clientèle, adulte et enfant, devant recevoir une alimentation entérale à domicile, pour tout le Québec. Voici quelques statistiques :

- Il y avait 2 309 patients déjà actifs au 1er avril 2017. De plus, 972 nouveaux patients adultes et 177 nouveaux patients enfants ont été admis, ce qui représente une augmentation de 125 % par rapport à l'an dernier
- Des 972 nouveaux patients adultes, 701 proviennent de la nouvelles clientèle que le Programme a pris en charge depuis le 1er mai 2017, soit la clientèle : court terme adulte

SERVICE DE LIAISON/CONSULTATION RÉSEAU

Les infirmières ont réalisé :

- a) 964 enseignements portant sur la technologie à domicile
- b) 1 346 liaisons vers les CLSC
- c) 22 formations à nos partenaires du réseau

TÉLÉPHONIE

- Réception de 568,656 appels, tout quart de travail confondu, par les téléphonistes
- Introduction d'algorithme d'aide à la décision pour bien orienter les appels
- Priorisation de la ligne téléphonique 4 788 afin de mieux répondre aux appels prioritaires
- Recrutement de plusieurs nouveaux précepteurs afin d'orienter davantage, jour, soir et nuit

INFIRMIÈRES RÉSEAU

Les infirmières réseau ont traité :

- a) 3 033 appels en provenance de médecins, principalement du réseau, pour transfert ou conseil
- b) 866 demandes de réorientation (femmes enceintes et bébés prématurés ou ayant besoin de soins spécialisés)
- c) 3 815 appels de parents pour conseil sur l'état de santé de leur enfant
- d) 28 demandes de coordination pour des patients nécessitant une activation de code de trauma

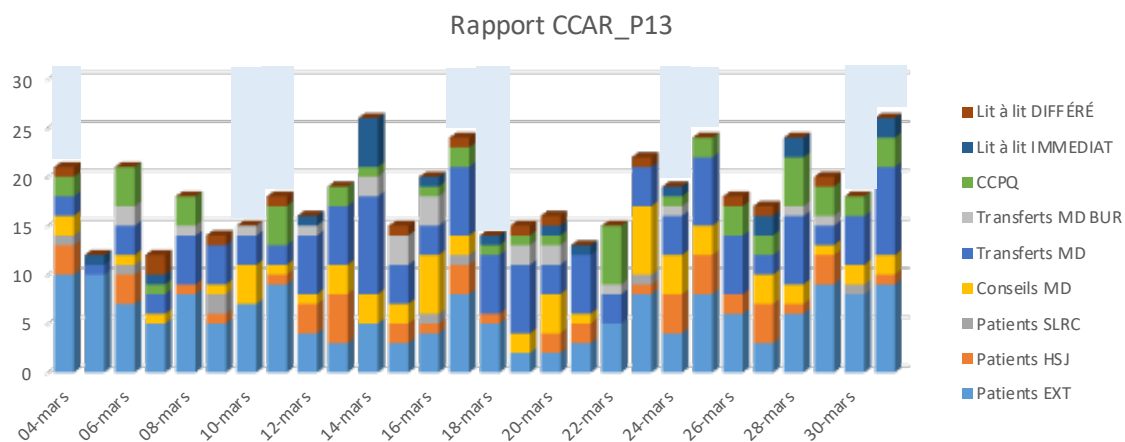
CENTRE DE RENDEZ-VOUS UNIQUE (CRVU)

Le Centre de Rendez-vous unique a débuté ses activités le 11 septembre 2017, avec l'arrivée d'agents administratifs en provenance de 7 cliniques externes. Trois autres ont intégré le CRVU au début de décembre et deux derniers à la fin du mois de janvier. Deux des objectifs de la mise en place du CRVU : diminuer le temps en file d'attente et le taux d'abandon d'appels. Voici quelques statistiques :

- Cliniques arrivées en septembre:
 - a) Taux d'abandon moyen avant arrivée au CRVU : 18 %
 - b) Taux d'abandon moyen après arrivée au CRVU : 15 %
 - c) Taux moyen file d'attente avant arrivée au CRVU : 4,6 minutes
 - d) Taux moyen file d'attente après arrivée au CRVU : 4 minutes

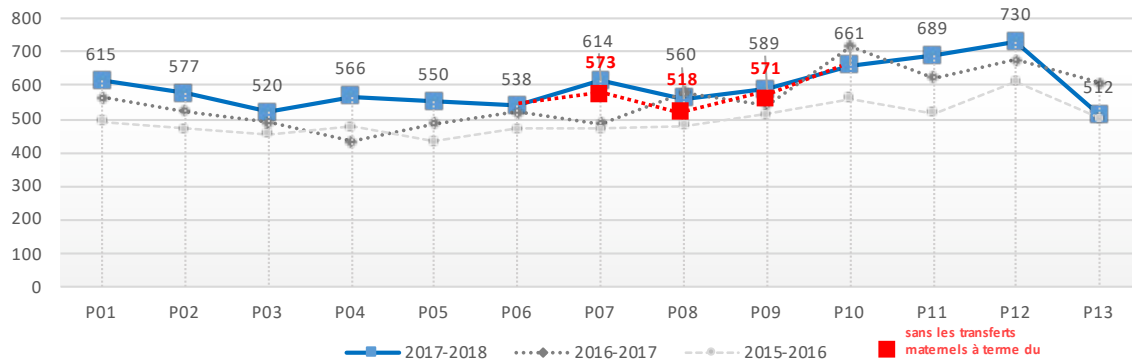
- Cliniques arrivées en décembre
 - a) Taux d'abandon moyen avant arrivée au CRVU : 21 %
 - b) Taux d'abandon moyen après arrivée au CRVU : 18.25 %
 - c) Taux moyen file d'attente avant arrivée au CRVU : 6 minutes
 - d) Taux moyen file d'attente après arrivée au CRVU : 4,7 minutes

TABLEAU DE BORD DU CCAR 2017 – 2018

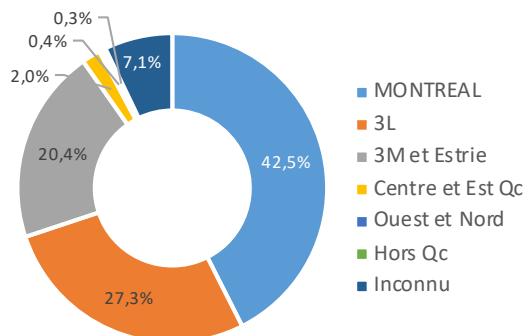


Répartition des demandes	P1 1 avril au 29 avril (29jrs)		P2 30 avril au 27 mai		P3 28 mai au 24 juin		P4 25 juin au 22 juillet		P5 23 juillet au 19 août		P6 20 août au 16 sept		P7 17 sept au 14 octobre	
MDs	227	36,9%	271	47,0%	224	43,1%	244	43,1%	228	41,5%	210	39,0%	241	39,3%
CCPQ	57	9,3%	49	8,5%	51	9,8%	52	9,2%	73	13,3%	83	15,4%	111	18,1%
Patients	331	53,8%	257	44,5%	245	47,1%	270	47,7%	249	45,3%	245	45,5%	262	42,7%
TOTAL	615	100,0%	577	100,0%	520	100,0%	566	100,0%	550	100,0%	538	100,0%	614	100,0%
Répartition des demandes	P8 15 oct au 11 nov		P9 12 nov au 9 déc		P10 10 déc au 6 janvier		P11 7 janvier au 3 février		P12 4 février au 3 mars		P13 4 au 31 mars		CUMULATIF	
MDs	224	40,0%	223	38,3%	209	31,6%	232	33,7%	260	35,6%	240	46,9%	3033	39,3%
CCPQ	97	17,3%	66	11,3%	58	8,8%	49	7,1%	70	9,6%	50	9,8%	866	11,2%
Patients	239	42,7%	293	50,3%	394	59,6%	408	59,2%	400	54,8%	222	43,4%	3815	49,5%
TOTAL	560	100,0%	582	100,0%	661	100,0%	689	100,0%	730	100,0%	512	100,0%	7714	100,0%

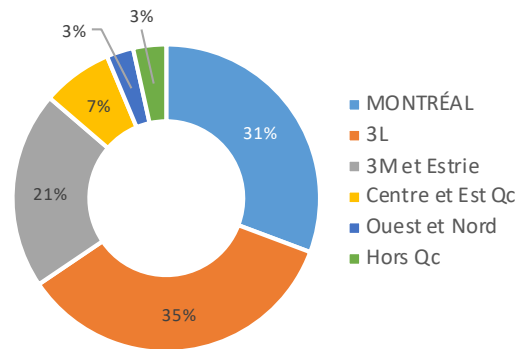
Volume des appels au CCAR 2017-2018



Provenance cumulative des appels PTs

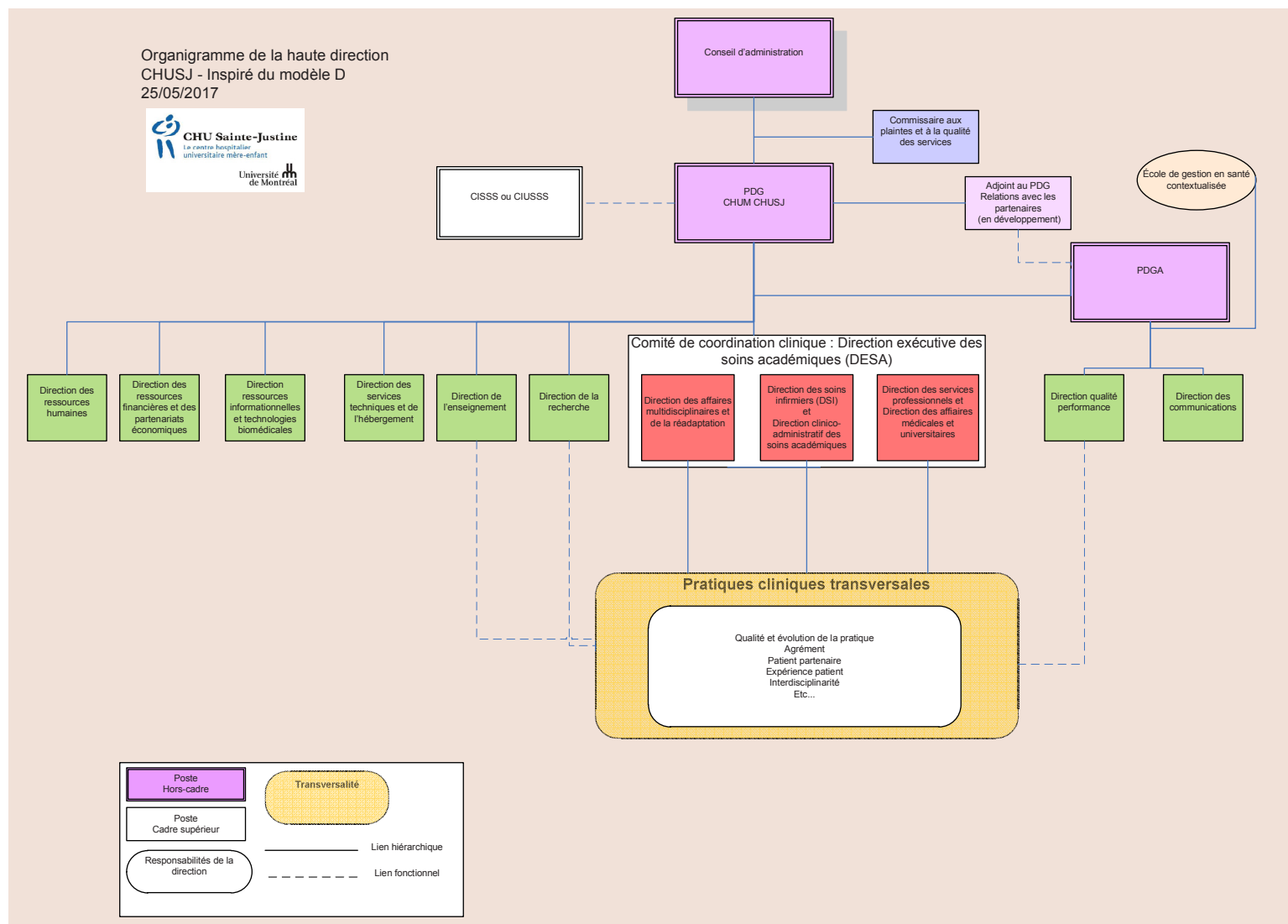


Provenance cumulative des appels MDs



ORGANIGRAMME DU CHU SAINTE-JUSTINE

COMITÉ DE DIRECTION



CODE D'ÉTHIQUE

Aucun cas traité et aucun manquement.

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION REGROUPEMENT CHUM – CHU SAINTE-JUSTINE COMITÉS DU CA – 2016-2018

COMITÉ	EXIGENCES DE LA LSSSS ET DU RRI	MEMBRES	PRÉSIDENT	DIRECTION EN SOUTIEN
GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE	• Min. 5 membres du CA • Majorité de membres indépendants • Président = Membre indépendant	Hélène Desmarais Michel Lamontagne Matthew Pearce Fabrice Brunet, PDG	Lousie Champoux-Paillé	CHUM Danielle Fleury, PDGA Lise Boisvert, ASS. ADM. DG CHU SAINTE-JUSTINE Isabelle Demers, PDGA Évelyne Parmentier, ADJOINTE À LA DG
VIGILANCE ET QUALITÉ DE SERVICES	• 5 membres : • PDG membre d'office • Commissaire local membre d'office • 3 autres membres = membres du CA qui ne travaillent pas ou n'exercent pas leur prof. au sein de l'établissement et l'un de ces trois = représentant du CU	Marie-Pierre Bastien Ginette Desbiens Joumana Fawaz Lysanne Goyer Josée Lamarche Valérie Lamarre Steeve Mimeault Geneviève Parisien Yves Théoret Fabrice Brunet, PDG	Michel Lamontagne	CHUM Danielle Fleury, PDGA Jeanne-Evelyne Turgeon, Directrice, direction de la qualité de l'évaluation et de la planification stratégique (DQEPPS) personne ressource et participante au comité - non membre) Thierry Lunel, sec. de la directrice Sylvie Fortin, commissaire locale aux plaintes et à la qualité CHU SAINTE-JUSTINE Isabelle Demers, PDGA Geneviève Parisien, directrice adjointe qualité performance à la PDGA Josée Brady, commissaire locale aux plaintes et à la qualité Karolyn Bonin Renaud, sec. Josée Lamarche, observateur Valérie Lamarre, observateur

COMITÉ	EXIGENCES DE LA LSSSS ET DU RRI	MEMBRES	PRÉSIDENT	DIRECTION EN SOUTIEN
VÉRIFICATION	• Min : 3 membres du CA • Majorité de membres indépendants • Président = Membre indépendant • Au moins un des trois membres = Compétence en matière comptable ou financière • Aucun membre ne peut travailler ou exercer sa prof. au sein de l'établissement	Régent L. Beaudet Jean Rochon	Robert Dandurand	CHUM Jocelyn Boucher, DGA – Aff. administratives Dominique David, secrétaire du DGA Aff. Adm. André. Lévesque, Dir. ressources financières Richard Gascon, Dir. budget / perf. économique Dominique David, sec. du DGA Aff. Adm. CHU SAINTE-JUSTINE Sonia Dugas, directrice des ress. financières et des partenariats économiques Pierrette Roy, Sec. Isabelle Demers, PDGA
RÉVISION DES PLAINTES MÉDICAL	• 3 membres : • Président = Membre du CA qui ne travaille pas ou n'exerce pas sa prof. au sein de l'établissement • Les deux autres membres nommés parmi les membres du CMDP de l'établissement	CHUM D^R P Daloze (CMDP - CHUM) D^R R Clermont (CMDP-CHUM) CHUSJ Louise Caouette-Laberge Sophie Laberge	Louise Champoux-Paillé Un président substitut à nommer Louise Champoux-Paillé Un président substitut à nommer	CHUM Sylvie Lefebvre, Assistante CHU SAINTE-JUSTINE Josée Brady, commissaire aux plaintes et à la qualité des services Karolyn Bonin-Renaud, sec.
ÉVALUATION MESURES DISCIPLINAIRES	• 5 membres du CA : • Au moins trois membres ne travaillent pas ou n'exercent pas leur prof. au sein du CHUM ou du CHUSJ	Fabrice Brunet, PDG Joumana Fawaz Michel Lamontagne Jean Rochon	Michel Simard	CHUM ET CHU SAINTE-JUSTINE Anne De Ravinel, avocate Guillaume Desmarais, avocat Marie-Ève Rock, avocate Daphné-Maude Thivierge, avocate Tatiana Ndjetcheu, agente administrative

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

COLLÈGE ÉLECTORAL : INDÉPENDANTS

Madame Geneviève FORTIER, présidente

(Compétence en gouvernance ou éthique)

Monsieur Régent L. BEAUDET

(Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines)

Madame Louise CHAMPOUX-PAILLÉ

(Compétence en gouvernance ou éthique)

Monsieur Robert DANDURAND

(Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité)

Madame Hélène DESMARAIS

(Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité)

Monsieur Michel LAMONTAGNE

(Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux)

Monsieur Matthew PEARCE

(Compétence en gouvernance ou éthique)

Monsieur Jean ROCHON

(Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité)

Monsieur Michel SIMARD

(Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines)

COLLÈGE ÉLECTORAL : UNIVERSITÉ

Docteure Hélène BOISJOLY

Docteur Guy BRETON

COLLÈGE ÉLECTORAL : INFIRMIERS(ÈRES)

Madame Marie-Pierre BASTIEN

CHUSJ

Madame Joumana FAWAZ

CHUM

COLLÈGE ÉLECTORAL : MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Docteure Pascale AUDET

CHUM

Docteure Maria BUI THIEU

CHUSJ

COLLÈGE ÉLECTORAL : MULTIDISCIPLINAIRE

Madame Lysanne GOYER

CHUM

Monsieur Yves THÉORET

CHUSJ

COLLÈGE ÉLECTORAL : USAGERS

Madame Ginette Desbiens

CHUM

Monsieur Steeve Mimeault

CHUSJ

COLLÈGE ÉLECTORAL : MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Docteure Marie-Chantal PELLETIER

COLLÈGE ÉLECTORAL : PHARMACIEN (COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP))

Monsieur Denis BOIS

PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Docteur Fabrice BRUNET

COMITÉ DE GOUVERNANCE

PRIORITÉS ET PLAN D'ACTION SUGGÉRÉ

À la suite de l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, le plan d'action a été suggéré au conseil d'administration de mars 2018 qui reflète les commentaires recueillis lors du sondage auprès des administrateurs.

PROPOSER UNE REVUE DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE AU MINISTRE AFIN D'ACCROÎTRE LE RÔLE DU CONSEIL EN REGARD DE L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET DE LA SUPERVISION DES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.

- Proposer à la présidente des pistes de réflexion qu'elle pourrait partager avec le ministre lors de la rencontre de l'ensemble des présidents de conseils d'administration du réseau qui s'est déroulée le 26 février dernier.

Note : cette action a été réalisée.

ORGANISATION DES ORDRES DU JOUR ET DES DOCUMENTS DÉCOULANT

- Laisser plus de place aux échanges entre les administrateurs lors de la séance préparatoire
- S'assurer que les ordres du jour prévoient le temps nécessaire pour les points à discuter et mettre en place un mécanisme pour assurer le respect des temps proposés
- Voir à intégrer, au sein de chaque réunion un item de discussion sur les enjeux de service aux patients
- Accorder une attention particulière à la participation de chacun des membres du conseil
- Respecter les délais prévus pour les acheminements de documents

Note : cette action est en voie de réalisation.

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES MEMBRES

- Offrir à nos membres un programme de formation continue pouvant notamment porter sur les sujets suivants : gestion des risques, impact des nouvelles lois sur la gestion de nos deux centres hospitaliers, réflexion sur le continuum de soins, orientations du ministère pour les prochaines années, état de la recherche universitaire dans nos deux établissements, etc.

Note : Cet item du plan d'action sera suggéré aux nouveaux comités de gouvernance des deux établissements.

INTÉGRATION PLUS SOUTENUE DE LA GESTION DES RISQUES AU SEIN DES DISCUSSIONS DU CONSEIL

- Plan d'action à développer tant par le comité de vérification que le comité de vigie et de gestion des risques.

Note : cette action est en voie de réalisation.

PLUS GRAND RAPPEL DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES PROPRES À NOS ÉTABLISSEMENTS

- Établir un plan annuel de revue des principaux indicateurs clés de performance à chacune des réunions;

- Référence aux orientations stratégiques dans les fiches d'information pour la présentation des décisions
- Session de travail annuelle sur les orientations stratégiques qui sont du ressort du conseil.

AUTRES POINTS D'AMÉLIORATION À CONSIDÉRER SUR LE PLAN DE GOUVERNANCE

1. Revoir l'ordre du jour du conseil de manière à :
 - inclure un volet académique et recherche à l'ordre du jour (déterminer la fréquence)
 - inclure un volet tableau de bord pour chaque CHU, ce qui permettrait de voir les objectifs à atteindre
 - inclure davantage de sujets portant sur les dimensions de services, accessibilité, performance, ressources, patients et innovation. Ceci pourrait prendre la forme également de la formation continue des administrateurs
2. Prévoir des rencontres informelles entre les administrateurs et la haute direction afin de développer une plus grande complicité entre les deux instances.
3. Prévoir une rencontre annuelle de la présidente avec chacun des membres afin de faire un retour sur l'évaluation et d'identifier d'autres pistes d'amélioration.

CONCLUSION

Ces points feront l'objet de discussion avec les nouveaux comités de gouvernance.

RÉALISATIONS DU COMITÉ DE GOUVERNANCE 2017-2018

1. Évaluation annuelle du fonctionnement du conseil d'administration et proposition d'un plan d'action.
2. Processus d'accueil des nouveaux administrateurs et formation.
3. Tableau de bord du conseil d'administration en regard des informations nécessaires pour la prise de décision.
4. Établissement d'un processus d'évaluation de chacune des réunions du conseil d'administration et introduction de l'agenda consensuel
5. Participation à l'exercice d'Agrément Canada en regard de la gouvernance des deux institutions.

COMITÉ DE RÉVISION 2017-2018

CHUM : 14 dossiers ont été portés à notre attention. Treize ont fait l'objet d'une décision et un sera traité dans les prochaines semaines

CHU Sainte-Justine : 2 dossiers ont été portés à notre attention et ont fait l'objet d'une décision

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)



1. NOM DES MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE AU 31 MARS 2018

Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire est composé de membres élus par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire, du directeur des affaires multidisciplinaires ainsi que du président-directeur général ou la personne qu'il désigne à cette fin. Le mandat de tout membre élu est de deux ans.

- Mme Hélène Sabourin, présidente, chef professionnel en physiothérapie
- Mme Kathy Malas, responsable clinico-académique de la fonction des maladies chroniques et complexes et de la plateforme de l'innovation, sera la prochaine représentante du CM au CA
- Mme Caroline Fiset, secrétaire trésorier, technologue à la banque de sang
- Mme Julie Letendre, conseillère, physiothérapeute, CRME
- M. Yves Théorêt, représentant du CM au CA, pharmacologue
- Mme Stéphanie Tran, vice-présidente, responsable clinico-académique de la fonction mère-enfant
- Mme Marie-Jean Cournoyer, conseillère, nutritionniste
- Mme Isabelle Louis, conseillère, spécialiste clinique en biologie médicale
- Mme Claire Lastère, conseillère, ergothérapeute, CRME
- M. Sylvain Morneau, conseiller, inhalothérapeute
- Mme Maryse St-Onge, directrice des affaires multidisciplinaires, DAM
- M. Fabrice Brunet, Président Directeur Général

2. RESPONSABILITÉ ENVERS LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité
- assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration
- faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres

RESPONSABILITÉ ENVERS LE PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

- L'organisation scientifique et technique de l'établissement
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres
- Toute autre question que le président-directeur général porte à son attention

RESPONSABILITÉ ENVERS SES MEMBRES

Le CECM se fait le porte-parole des diverses réalités cliniques de ses membres auprès des différentes instances du CHU Sainte-Justine. Il voit aux conditions nécessaires à la délivrance de soins et de services de qualité aux mères, aux enfants et adolescents ainsi qu'à leurs parents.

3. OBJECTIFS 2017-18

- Assurer un suivi pour intégrer la Direction de la recherche aux activités de recherche des membres du CM
- Cibler des mécanismes permettant aux membres du CM de participer et jouer un rôle actif dans le développement professionnel et l'innovation
- Finaliser la salle de pilotage
- Déployer le plan stratégique du comité pour le maintien de la compétence de nos membres
- Soutenir les professionnels qui se sont vu attribuer une bourse du programme de bourse du CM
- Mettre à jour de la liste de nos membres et des titres d'emploi
- Améliorer les pratiques professionnelles en lien avec la création et le support donné aux comités de pairs

4. BILAN DES ACTIVITÉS 2017-18

- Une journée de retraite du CECM
- L'Assemblée générale annuelle CECM
- Participation au Colloque des CM du Québec
- Participation à une rencontre des CM des CHU
- Participation de la présidente du CM ou sa remplaçante, à la CMuR de l'île de Montréal
- Participation à LAGA de l'ACMQ
- Implication comités/groupes de travail :
 - Comité de Régie (présidente du CECM)
 - Comité de gouvernance des renseignements cliniques (présidente du CECM)
 - Comité central de prévention des infections devenu COPCI* (Sylvain Morneau)
 - Comité de gouvernance de gestion des risques (Yves Théorêt)
 - Comité UReCA (Julie Letendre)
 - Comité de toponymie (prix des Grands Bâtisseurs) (Hélène Sabourin)
 - Comité central de prévention des infections devenu COPCI* (Sylvain Morneau)
- Comité Activité de reconnaissance
 - Le but de ce comité est de revoir en profondeur la soirée Prix Distinction du CM afin de rejoindre le plus grand nombre de membres et de faire une grande activité de reconnaissance.
- Comité de suivi des bourses du CM (Kathy Malas)

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (SUITE)

- suivi des quatre bourses du concours 2016
- suivi d'une bourse du concours 2014 qui n'est pas finalisé à cause d'un congé de maternité
- Lancement du troisième concours de bourses en février 2018 qui s'est terminé le 16 mai 2018
- Activité de financement afin de pérenniser la bourse (100 000 \$ ont été amassés lors d'un souper bénéfique et un autre don de 100 000 \$ a été fait par notre premier donateur)

- Comité des communications

Fannie Tremblay-Racine, Caroline Fiset et Stéfanie Tran

- Promotion faite dans l'intranet, sur les écrans, par courriel, dans le Télex et le Petit Télex.
- Les pages du site web et de l'intranet du CM ont été mises à jour de façon continue.

- Comité midi-conférence

Claire Lastère

- Médecine et santé : des progrès fabuleux, des défis considérables par Yanick Villedieu
- Le Réseau mère-enfant de la Francophonie par Stéfanie Tran
- Les bourses du CM et de la DAM par Kathy Malas
- La transfusion, c'est plus que du bonbon... mais ça goûte pas aussi bon, par Caroline Fiset

- Comités de pairs

Julie Letendre responsable, Stéfanie Tran, Kathy Malas et Marie-Jean Cournoyer

- Psychologues
- Audiologistes, site HSJ (2)
- Physiothérapeutes, site HSJ (2)
- Nutrition clinique (2)
- Une révision des documents est en cours afin de les simplifier.
- Mise en place d'un mécanisme pour faciliter la réponse/le suivi des comités.
- La mise à jour de la liste des membres et des titres d'emploi a été complétée fin février 2017

5. RÉALISATIONS

Réalisations au niveau de la qualité des soins et services

- Comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC) (Kathy Malas, responsable, Stéphanie Tran, Julie Letendre et Hélène Sabourin)
 - Évaluer annuellement les besoins de formation des membres du CM
 - Proposer des activités de formation visant à maintenir les compétences
 - Étudier le plan d'action annuel pour le développement du personnel quant aux aspects reliés au maintien de la compétence de nos membres et formuler des avis si nécessaire
 - Recommander divers moyens visant à maintenir et à promouvoir la compétence de nos membres
 - Faire des recommandations concernant les politiques d'évaluation en vigueur de l'établissement et applicable à nos membres
 - Un avis a été fait et soumis au CA concernant le dépôt d'une politique sur la sédation palliative continue
- Des discussions sur l'impact de la mise en place d'OPTILAB sur les problématiques que vit le personnel des laboratoires et qui touchent la qualité de leur travail et le maintien des compétences qui nous ont amenés à prendre la décision de faire un avis pour le CA (à faire)

6. ÉLECTION DU REPRÉSENTANT DU CM AU CA

La période de mise en candidature a été du 14 au 26 février 2017. Kathy Malas a été élue par acclamation. Cependant avec le déregroupement annoncé en avril, il se pourrait que l'élection ne soit plus valide. Un avis juridique sera demandé en lien avec le droit des membres des laboratoires de se présenter à notre CA étant donné qu'ils sont employés du CHUM.

7. RECOMMANDATIONS 2018-2019

- Faire l'avis en lien avec la problématique que vivent les membres des laboratoires afin de s'assurer que la qualité de leur travail ne soit pas compromise et n'affecte pas les soins et services de la clientèle.
- Demander un avis juridique pour le représentant du CM au CA
- Actualiser de la salle de pilotage avec des indicateurs de performance et d'atteinte des objectifs
- Mettre en place le plan stratégique du comité pour le maintien et la promotion de la compétence de nos membres

COMITÉ DES USAGERS



1. MANDAT GÉNÉRAL DU COMITÉ :

Le Comité des usagers (CDU) est le gardien du respect des droits des usagers du CHU Sainte-Justine et de ceux du Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME).

2. MANDATS OU OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE FINANCIÈRE :

Trois grands objectifs spécifiques ont guidé ses actions durant l'année 2017-2018 :

- 1) Maintenir la qualité de ses engagements et de ses interventions, à travers notamment une politique active de recrutement et de formation,
- 2) Mieux cerner les besoins des usagers, via notamment l'installation de bornes interactives pour proposer un sondage sur iPad,
- 3) Cibler davantage ses actions pour renforcer son impact auprès des patients et de leur famille.

Le CDU s'était également fixé les objectifs suivants :

- Cibler et adresser au Conseil d'administration du CHUSJ-CHUM les enjeux prioritaires quant aux besoins collectifs des patients.
- Rediriger les enjeux spécifiques pour qu'ils soient pris en charge par les gestionnaires concernés.
- Faire de l'humanisation une priorité pour le CDU et s'impliquer dans les dossiers de l'institution en conséquence ou, au besoin, démarrer ou s'impliquer dans des projets à sa mesure.
- Être vigilant quant au contexte dans lequel évolue le CHUSJ, incluant le CRME (politique, financier, etc.) et réagir dans le meilleur intérêt des patients et de leur famille.
- Faire connaître le CDU auprès des usagers et des équipes, en menant différentes actions pour présenter son rôle, et via une implication comme représentant des patients dans les consultations sur les enjeux collectifs.
- Garantir les conditions d'actions adaptées au contexte d'intervention, se traduisant par la rédaction d'un nouveau plan stratégique triennal pour la période 2019-2022.

3. BILAN DES ACTIVITÉS :

3.1. STATISTIQUES DES DEMANDES DE CONSULTATION ET D'ASSISTANCE DES USAGERS :

- Sept réunions du CDU incluant l'assemblée générale annuelle
- 75 demandes adressées au CDU. Très forte augmentation de 190 %; la communication menée par le Comité, le bouche à oreille et la présence d'une personne ressource sur place
- Quatre demandes de contribution pour des projets particuliers au sein de l'établissement. Une baisse de 25 %; les missions du CDU sont davantage comprises
- Dix-neuf demandes adressées au CDU par des professionnels de la santé. Une hausse de 95 %, confirmant une meilleure connaissance de l'existence du CDU par les équipes

3.2. ACTIONS PRISES POUR RENSEIGNER LES USAGERS SUR LEURS DROITS ET LEURS OBLIGATIONS :

- Organisation de la Semaine des usagers.
- Organisation de tournées dans les chambres.
- Réflexion pour le lancement d'une nouvelle campagne d'affichage dans l'établissement.
- Présentation du CDU auprès des cadres et employés de l'établissement, au CRME et au CHUSJ
- Tenue d'un kiosque lors de la Semaine du RMEF et Fête de la famille du CRME.
- Avancées sur le livre illustrant les 12 droits, pour mieux définir le projet.
- Poursuite de la diffusion de capsules sur notre mission générale, écrans du CHUSJ et du CRME.
- Animation de la page Facebook, pour mieux faire connaître le CDU et ses missions.

3.3. ACTIONS PRISES POUR PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE VIE DES USAGERS : PARTICIPATION À DES ÉVÉNEMENTS ORGANISÉS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT:

- Témoignage d'un membre lors de la Semaine de reconnaissance du personnel de soutien.
- Implication lors de la soirée du Gala reconnaissance. (8 juin 2017).
- Participation aux stages et conférences organisés lors de la Semaine du RMEF (19 juin 2017).

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

- Soutien des ateliers du Club des chefs pour permettre la participation des adolescents aux cours de cuisine organisés par le Centre de promotion de la santé.
- Distribution de couvertures à l'effigie du CDU pour les nouveau-nés au service de néonatalogie.
- Distribution de clés USB à l'effigie du CDU pour permettre aux usagers du CRME d'accéder aux 500 films de leur médiathèque.

Valorisation d'actions contribuant à l'amélioration de ces conditions :

- Lettre d'appui pour le projet visant à étendre les activités de la clinique itinérante en cardiologie.

Avis donné sur des politiques appliquées au sein de l'établissement

- Politique sur l'accueil des chiens guides ou d'assistance
- Politique sur la gestion des biens et des petites réclamations
- Guide de vie des soins intensifs
- Politique et procédure de fouille à l'Unité de psychiatrie

COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

Consultation et accompagnement des équipes sur différents comités internes :

- CA du CHUM-CHUSJ
- Comité vigilance et qualité
- Comité de gouvernance et de gestion des risques
- Comité interdisciplinaire d'approbation du nouveau matériel de promotion, d'information et de formation destiné à la clientèle
- Comité modernisant de l'existant
- Comité Sainte-Justine au Futur
- Comité gestion de la douleur
- Comité sur le lavage des mains
- Comité de bilan du déménagement vers le BUS
- Comités de travail du Service des bénévoles
- Comité Centre de jour
- Comité de direction du Centre de formation patients-familles
- Comité expérience allaitement
- Comité refonte du Code d'éthique
- Comité d'amélioration continue de chirurgie
- Comité de réflexion stratégique sur le positionnement du Département de pédiatrie en matière d'humanisation des soins et de partenariat patient
- Comité d'amélioration continue du programme de greffe de moelle osseuse

3.4. ACTIONS PRISES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE SATISFACTION DES USAGERS À L'ÉGARD DES SERVICES OBTENUS :

- Lancement du projet de sondage iPad sur bornes interactives, avec l'installation de deux bornes au CHUSJ.
- Participation aux mesures de la satisfaction des usagers menées par l'établissement:
- avis donné sur les fiches des tournées MIQA,
- avis donné sur un sondage mené à l'unité de psychiatrie,
- diffusion du sondage portant sur l'hôtellerie Cachou,
- avis donné sur un sondage patient-famille diffusé dans les différentes unités.
- Rédaction de lettres de reconnaissance adressées à des personnes qui se sont démarquées.

3.5. ACTIONS PRISES POUR LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS COLLECTIFS ET PARTICULIERS DES USAGERS :

- Suivi du dossier portant sur la question du regroupement des CA du CHUSJ et du CHUM, pour une meilleure compréhension du dossier et de ses enjeux, et afin de s'assurer du respect des droits et des intérêts des usagers. Rencontres et échanges initiés tant à l'interne (Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens, Direction du CHUSJ-CHUM) qu'à l'externe (Regroupement Provincial des Comités d'usagers, CDU du CHUM, Institut de la gouvernance)

- Partage des préoccupations des membres à l'agente de liaison sur les sujets mentionnés dans le tableau des recommandations prioritaires adressées à l'établissement, notamment sur :
 - o la Centrale unique de rendez-vous
 - o le lavage des mains
 - o le futur déménagement du Centre de jour
 - o la politique sur les chiens d'assistance
 - o la présence des parents lors de l'anesthésie
- Renouvellement des adhésions auprès du Conseil pour la protection des malades et du Regroupement Provincial des Comités d'utilisateurs (RPCU).

3.6. INDICATEURS DE SUIVI UTILISÉS :

- La mise en place d'un calendrier de gestion permet désormais de fixer les échéances et d'anticiper les actions à entreprendre sur un exercice au complet (rapport annuel, bilan financier et révision du tableau des recommandations adressées à l'établissement).
- Le tableau de bord des demandes d'assistance permet d'identifier les différentes causes de consultation, de faire des suivis, d'ajuster les objectifs du Comité et d'alimenter le tableau des recommandations prioritaires adressées à l'établissement.
- Le nouveau plan d'actions – désormais sous la forme d'une matrice de cohérence – permettra de mieux mesurer la réalisation des actions portées par le CDU.
- La mise en place d'un budget prévisionnel et d'un outil de suivi budgétaire automatisé.
- La mise à jour du plan stratégique et du plan d'action annuel, et la rédaction d'un nouveau plan stratégique triennal 2019-2022.
- Les rencontres statutaires avec l'agente de liaison permettent un suivi régulier.

4. RÉSULTATS OBTENUS EU ÉGARD AUX OBJECTIFS FIXÉS POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE :

- Le CDU a installé deux bornes interactives au CHUSJ pour mener un sondage sur iPad, avec plusieurs centaines de réponses obtenues. Ceci permettra de mieux cerner les besoins des patients et des familles. Il a même été contacté par d'autres CDUs pour développer un projet similaire.
- Les membres du CDU ont intégré dans leurs rencontres des sessions d'observation et la visite de certaines unités pour connaître davantage leur réalité.
- Le Comité a revu son tableau des recommandations prioritaires adressées à l'établissement, afin d'assurer un suivi plus efficace et davantage en lien avec les besoins des usagers.
- Le nombre de demandes d'assistance reçues par le CDU a triplé, signe d'une meilleure visibilité par les usagers et par les équipes.
- Plusieurs lettres de reconnaissance ont été adressées à des membres du personnel médical, docteurs, éducateurs, mais aussi aux unités ou encore aux bé-

COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

névoles pour souligner leur implication.

- Un des membres du CDU siège toujours au Conseil d'administration du CHUSJ-CHUM, au Comité vigilance et qualité et au Comité de gouvernance et de gestion des risques.
- Le PDG et la PDGA ont été rencontrés pour discuter des enjeux du regroupement et pour présenter les nouvelles recommandations du CDU adressées à l'établissement.
- La politique active de recrutement a permis d'impliquer 5 nouveaux membres, qui se sont particulièrement bien intégrés au groupe et qui ont été formés aux fonctions de base des Comités d'usagers.
- Le CDU a réorganisé le fonctionnement de ses sous-comités avec notamment, la relance du sous-comité en charge de sa promotion désormais intitulé « sous-comité rayonnement ».
- La 1ère édition de la Semaine des usagers, sous la forme d'un événement avec une programmation étoffée, a été lancée avec un fort succès auprès des usagers.
- Des tournées ont été organisées pour aller rencontrer les usagers dans les chambres du nouveau bâtiment.
- Pour la première fois, une présentation du rôle et des missions du CDU a eu lieu lors de la réunion mensuelle des cadres.
- Le Comité s'est doté de nouveaux outils en matière de suivi d'activités, avec un calendrier de gestion, un budget prévisionnel et un outil automatisé pour le suivi du budget réel.

5. PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE FINANCIÈRE :

Au sein de son plan d'actions 2018-2019, le CDU s'est fixé 34 actions, parmi lesquelles :

- Rédiger un plan de communication annuel, afin de renforcer la visibilité du CDU,
- Mettre en œuvre la nouvelle campagne d'affichage au sein de l'établissement,
- Organiser la deuxième édition de la Semaine des usagers,
- Cibler les événements organisés par l'établissement et les unités où le CDU pourrait présenter son rôle et ses missions, et augmenter le nombre de tournées dans les chambres,
- Installer des nouvelles bornes interactives pour diffuser le sondage iPad, y compris au CRME, et exploiter les réponses recueillies pour alimenter le tableau des recommandations prioritaires,
- Assurer un leadership au CA du CHUM-CHUSJ, en définissant les sujets à aborder,
- Continuer à s'impliquer sur des comités internes d'amélioration continue,
- Continuer et renforcer les actions reliées au programme de reconnaissance,
- Développer une collaboration avec certains partenaires, tel le Bureau du partenariat-famille,
- Concrétiser le projet de support illustrant les 12 droits des usagers,
- Nommer officiellement un porte-parole pour tout contact avec les médias,

- Permettre aux membres bénévoles de se former pour mener à bien leurs missions et le mandat,
- Maintenir une politique active de recrutement pour pallier les mouvements des membres bénévoles inhérent au contexte d'un hôpital pédiatrique,
- Rédiger un guide des procédures pour garantir une continuité d'actions.

INFORMATIONS OPTIONNELLES

NOM DES MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS :

Madame Linda Ounis, co-présidente
 Madame Ginette Mantha, co-présidente
 Madame Vicki Boutin, vice-présidente
 Monsieur Marc Labelle, trésorier
 Monsieur Steeve Mimeault, représentant sur le CA du CHUM-CHUSJ
 Madame Catherine Martin

Madame Émilie Ouellette
 Madame Stéphanie Plourde
 Madame Claude Ayerdi
 Madame Morgan Pasnon
 Madame Valérie Jean
 Madame Josée Paleovrahas

SUIVI DES ACTIVITÉS DES COMITÉS DE RÉSIDENTS :

Il n'existe pas, pour le moment, de Comité de résidents au CRME du CHU Sainte-Justine. Le Comité des usagers représente donc également les intérêts des résidents du CRME. À noter cependant l'existence d'un sous-comité CRME, afin d'être au plus proche des préoccupations des familles du Centre de Réadaptation Marie-Enfant.

LE COMITÉ DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)



1. COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP :

- Dre Valérie Lamarre, présidente
- Dre Mona Beaunoyer, vice-présidente
- Dr Céline Huot, secrétaire-trésorier
- Dre Anne Lortie, conseillère
- Dr François Beaudoin, conseiller
- Dr Éric Drouin, conseiller
- Dre Maria Buithieu, représentante du CMDP au CA
- Dr Fabrice Brunet, Président-directeur général
- Mme Isabelle Demers, Présidente-directrice générale adjointe
- Dr Marc Girard, directeur des services professionnels (DAMU)

Le Dr Denis Bérubé a démissionné à titre de secrétaire-trésorier et la Dre Céline Huot a été nommée par l'Exécutif pour le remplacer. La Dre Anne Lortie a été nommée par l'Exécutif à titre de conseillère de l'Exécutif.

Nous avons veillé à la qualité de l'acte via le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et les différents sous-comités d'évaluation de l'acte des départements et services. Nous avons pris connaissance et fait le suivi des activités du comité de médecine transfusionnelle, des rapports des incidents et accidents transfusionnels techniques et cliniques 2016-17, et d'une rencontre de présentation avec les responsables du comité.

Nous avons pris acte des travaux du comité de pharmacologie et sur les démarches et recommandations du sous-comité des électrolytes et solutés. Le Comité exécutif du CMDP a également donné suite aux conclusions du Comité d'examen des titres.

Au cours de l'année, le comité exécutif du CMDP a été interpellé et/ou a procédé dans le cadre de différents dossiers :

- Comité Vigilance et Mobilisation du CMDP
- Campagne « Aimer. Défendre. Ensemble, protégeons l'avenir du CHU Sainte-Justine »
- Rencontres et discussions du Comité de réflexion du CMDP (Revue de processus). Rapport final en cours de finalisation
- Optilab
- Contrôle et prévention des infections (CEPCI-COPCI et point aux assemblées générales)
- Adoption par le CA du document final sur la sédation palliative continue au CHU Sainte-Justine
- Conférence offerte à tous les membres du CMDP sur « La santé psychologique : les leçons de la résilience »
- Suivi et mise sur pied de nouvelles politiques pour le secteur « Sédation/anes-

thésie et cathétérismes cardiaques »

- Prix annuel du CMDP 2018 pour un projet en évaluation de l'acte médical réalisé par un résident
- Suivi du dossier « Modernisation de l'Existant »
- Gestion des risques (Suivi des formulaires de liaison en lien avec certaines déclarations d'incidents/accidents)
- Ateliers théoriques et pratiques sur la gestion des conflits offerts par l'École de gestion
- Suivi des démarches et protocoles mis sur pied suite aux deux (2) rapports d'événements sentinelles
- Suivi de 3 rapports du coroner, et participation à la gestion et à la réponse institutionnelle
- Suivi des recommandations de certains comités de discipline
- Organisation des interventions des équipes du PAMQ (programme d'aide aux médecins du Québec)
- Rencontres sur le contenu et les fonctionnalités de la page Facebook du CHUSJ pour les commentaires sur les médecins
- Refonte du comité de sédation et définition du mandat
- Mise sur pied et suivi d'un comité ad hoc « Revue de dossiers morbidités/mortalités en hématologie-oncologie »
- Mise sur pied d'un comité ad hoc « Niveaux de surveillance et critères de transfert pour les patientes en post-partum avec difficultés psychologiques »
- Présentation « Migration des courriels – Outlook »
- Suivi et démarches en vue d'améliorer l'efficacité du Service de la téléphonie
- Suivi dossier « Mode de transmission des rapports d'imagerie médicale – arrêt de transmission des rapports version papier aux étages/cliniques »
- Suivi et recommandations sur les « cas de brûlures de patients par des techniques de réchauffement de type « bouillottes »
- Processus de désignation du représentant du CMDP au sein du CA unique du CHUM et du CHU Sainte-Justine
- Adoption d'un avis favorable à la création du Département hospitalier de biologie médicale
- Adoption d'un avis favorable à la nomination du chef intérimaire du Département hospitalier de biologie médicale du CHUSJ
- Processus d'élection des membres de l'Exécutif du CMDP
- Suivi de la situation en chirurgie cardiaque

Le Comité exécutif du CMDP a recommandé favorablement, auprès du CA unique CHUSJ-CHUM, les nominations de cinq (5) chefs de département, soit pour l'obstétrique-gynécologie, pharmacie, ophtalmologie, imagerie médicale et pédiatrie. Quatre (4) comités de sélection ont été mis sur pied pour les chefferies des départements suivants : ophtalmologie, imagerie médicale, pédiatrie et psychiatrie (travaux en cours). Trois (3) comités de discipline sont en cours, dont une (1) plainte à l'étude par le comité de discipline permanent.

CMDP (SUITE)

Les principaux nouveaux enjeux envisagés pour la prochaine année sont les suivants :

- o Suivi du futur décret sur le dossier du « dégroupement » des CA et directions générales du CHU Sainte-Justine et CHUM
- o Suivi sur le processus de sélection et composition du nouveau CA
- o Suivi sur le processus de sélection et nomination du nouveau PDG
- o Surveillance des impacts d'Optilab sur la qualité des soins
- o Réflexion sur la gouvernance institutionnelle et son impact sur la qualité des soins

2. COMITÉ CENTRAL D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

(Docteure Guylaine Larose, présidente du comité)

COMPOSITION DU COMITÉ CENTRAL D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE :

- Dre Guylaine Larose, présidente, urgentiste
- Dr Gilles Girouard, vice-président, anesthésiste
- Dre Danielle Taddeo, secrétaire, pédiatre
- Dr Nelson Piché, chirurgien (en alternance avec la Dre Ann Aspirot)
- Dre Chantal Buteau, infectiologue
- Dr Christian Lachance, néonatalogiste
- M. Denis Lebel, pharmacien
- Dre Suzy Gascon, obstétricienne-gynécologue
- Dr François Proulx, intensiviste
- Dre Marianna Zarrelli, psychiatre
- Dr Marc Girard, directeur de la DAMU
- Dr Guy Grimard, orthopédiste
- Dre Marie-Claude Miron, radiologue
- Mme Audrée Comtois, archiviste médicale
- Dre Sarah Mousseau, fellow en urgence pédiatrique
- Dr Philippe Piché-Renaud, résident en pédiatrie

Le Comité central a procédé à la révision des procès-verbaux des sous-comités, de différentes études par critères explicites et études de dossiers. Un tableau des recommandations qui émanent des sous-comités est mis à jour mensuellement et un tableau permettant de documenter l'étude des cas de mortalité par les sous-comités est mis à jour. Il a continué à supporter les divers sous-comités dans leur mandat d'amélioration de la qualité de l'acte médical. Pour une 4^{ème} année, une demi-journée d'enseignement accréditée a été organisée par des membres du Comité central.

Le comité central a également élaboré un nouveau bulletin intitulé « le Qualitoscope » à l'intention des membres du CMDP. Ce bulletin a pour but d'informer les membres du CMDP des activités du comité central et des sous-comités, de mieux diffuser les recommandations clés qui émanent de ces comités et de discuter de divers aspects de

la qualité et de la sécurité des soins, notamment en résumant des articles ou ouvrages sur ce sujet.

Deux (2) études par critères explicites ont été déposées. La première par le Service des maladies infectieuses sur la prise en charge de la malaria. La deuxième par le Service de pédiatrie en collaboration avec le Réseau sur la prise en charge de l'asthme. Quatre-vingt-huit (88) documents divers ont été acheminés au Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique en provenance des sous-comités ou autres instances (CMQ, DAMU, etc.). Plusieurs rapports annuels ont été transmis par les sous-comités avec des recommandations. Aucune demande en provenance du coroner n'a été reçue.

Un prix annuel a été créé par le CMDP pour un projet d'un résident sur un sujet touchant l'évaluation de l'acte médical. Il comporte une bourse de 500\$. Pour l'année 2017-18, les projets reçus sont en cours d'évaluation.

3. COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

(Docteur Philippe Ovetchkine, président du comité et Mme Éline Pelletier, secrétaire). Le comité de pharmacologie est composé de onze (11) membres et s'est réuni à sept (7) reprises au cours de l'année.

Nous avons évalué et produit les règles d'utilisation des médicaments suivants en vue de leur addition à notre liste locale:

- Poractant alpha (Curosurf)
- Plérixafor (Mozobil)
- Fer (Gluconate/sucrose) (Ferrlecit)
- Sugammadex (Bridion)

Nous avons évalué deux produits que nous n'avons pas retenus pour ajout au formulaire de l'hôpital

- Nusinersen (Spinraza)
- Éliglustat (Cerdelga)

Aucun médicament n'a été retiré de notre liste.

Au cours de l'année, nous avons évalué différentes situations et/ou spécialités médicales afin de prendre position quant à leurs conditions d'utilisation au sein du CHU Sainte-Justine :

- o Conditions d'utilisation des électrolytes concentrés (Chlorure de potassium, Phosphate de potassium). Des règles de supplémentations en potassium et phosphore, des FOPR spécifiques, ont été produites. L'élaboration de ces outils a permis le retrait des flacons d'électrolytes concentrés de l'ensemble des unités de l'hôpital.
- o En collaboration avec le Programme de Gestion Thérapeutique des Médica-

CMDP (SUITE)

ments (PGTM), les conditions d'utilisation du filgrastim (G-CSF) ont fait l'objet d'une analyse descriptive du filgrastim afin de dresser un portrait global de son utilisation chez les adultes et les enfants, identifié comme une cible de travail commun entre les 5 CHU du Québec. Les résultats de l'analyse pour la clientèle pédiatrique seront disponibles sous peu, et nous aurons l'occasion de comparer le tableau de Sainte-Justine avec les autres CHU. Dans le même cadre, une analyse descriptive des conditions d'utilisation du Sugammadex a été débutée et devra se poursuivre au cours de la prochaine année.

Nous nous sommes tenus informés :

- o Des ruptures d'approvisionnement
- o De la surveillance des médicaments émergents. Le nombre de demandes a été moindre que l'an dernier (37). Ceci peut être expliqué par l'identification de cibles l'an dernier et la détermination des critères d'utilisation en collaboration avec l'équipe médicale et le retrait du programme (défibrotide, MIBG thérapeutique). Cette année, une des cibles identifiées sera l'éculizumab
- o De la surveillance des effets indésirables des médicaments effectuée par le service de pharmacovigilance du département de pharmacie. En 2017-2018, 35 déclarations ont été portées à l'attention de l'équipe à Santé Canada
- o De l'avancée des travaux du sous-comité des FOPR. Les FOPR disponibles sont de plus en plus nombreuses. Il a été proposé de réviser l'ensemble des FOPR existantes et un encadrement renforcé des nouvelles FOPR
- o Le comité de pharmaco a débuté et poursuivi des travaux concernant les biosimilaires, le poractant, le cisapride et les opioïdes

Le Comité de revue d'utilisation des antimicrobiens (CRUAM), a débuté et poursuivi plusieurs travaux, tels que :

- o la mise en place d'une standardisation de l'antibioprophylaxie chirurgicale par l'implantation d'une FOPR
- o l'addition au formulaire de la micafongine en pédiatrie avec une règle d'utilisation correspondante (sera approuvée en 2018-2019)
- o L'utilisation des aminoglycosides en univoltidien
- o L'analyse des données de consommation des anti-infectieux.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)



COMPOSITION DU CII

Le Conseil des infirmières et infirmiers est composé de 1 518 professionnels en soins infirmiers qui occupent un poste au CHU Sainte-Justine et au Centre de réadaptation Marie-enfant.

CONSEIL EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CECII)

Des élections ont eu lieu en mars 2018 et un total de 14 membres ont été élus.

Fonctions des membres du CECII

OFFICIERS DU CECII

- Josée Lamarche, cadre-conseil en sciences infirmières en soins ambulatoires (Présidente)
- Annie Lacroix, chef des processus d'amélioration continue et des pratiques spécialisées en soins infirmiers (VP et Trésorière)
- Sophie Paquet, infirmière clinicienne à l'unité des naissances (Secrétaire)

CONSEILLER ET CONSEILLÈRES DU CECII

- Sophie Bélanger, infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
- Denis Blais, infirmier clinicien en maladies infectieuses, tuberculose et vaccination
- Annie-Pier Couture, conseillère en soins infirmiers au centre de coordination des activités réseaux (congé de maternité)
- Marie-Pierre Gagné, infirmière clinicienne en clinique mère-enfant jusqu'en février 2018
- Lucie Morisse-Morlière, infirmière clinicienne en réadaptation
- Lydia Tania Ziania, infirmière clinicienne aux soins intensifs pédiatriques (Présidente du Comité de la relève infirmière)

NOUVELLES FONCTIONS POUR L'ANNÉE 2018-2019

OFFICIERS DU CECII

- Josée Lamarche, cadre-conseil en sciences infirmières en soins ambulatoires (Présidente)
- Marie-Pierre Bastien, coordonnatrice des activités (Vice-présidente et représentante au CA)
- Marie-Claude Levasseur, coordonnatrice de l'unité d'éthique clinique (Secrétaire)
- Annie Lacroix, chef des processus d'amélioration continue et des pratiques spécialisées en soins infirmiers (Trésorière)

CONSEILLER ET CONSEILLÈRES DU CECII

- Sophie Bélanger, infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
- Denis Blais, infirmier clinicien en maladies infectieuses, tuberculose et vaccination
- Marilou Burelle, conseillère en soins infirmiers en néonatalogie
- Annie-Pier Couture, conseillère en soins infirmiers au centre de coordination des activités réseaux

- Tania Crinien-Côté, infirmière à l'urgence
- Marie-Paule Latour, infirmière clinicienne en néonatalogie
- Lucie Morisse-Morlière, Infirmière clinicienne en réadaptation
- Lydia Tania Ziania, infirmière clinicienne aux soins intensifs pédiatriques (Présidente du Comité de la relève infirmière)

REPRÉSENTATION DU CII

Comité de régie : Josée Lamarche

Comité de vigilance et de la qualité : Marie-Pierre Bastien et Josée Lamarche

Comité de la gouvernance des renseignements cliniques : Annie Lacroix

Comité des dépliants : Sophie Paquet

Comité de toponymie : Josée Lamarche

Comité des grands bâtisseurs : Marie-Pierre Gagné

Comité gestion qualité et risque : Josée Lamarche

Comité ad-hoc Semaine de l'infirmière : ouvert à tous

Comité des soirées du savoir infirmier : Marie-Pierre Gagné, Josée Lamarche et Sophie Paquet

Comité COPCI : Denis Blais

Comité des électrolytes concentrés : Marie-Pierre Bastien

Comité de la relève infirmière (CRI) : Marie-Pierre Bastien et Lydia Tania Ziani

ACTIVITÉS DU CECII

AVIS ET PRISE DE POSITION DU CECII

- Décembre 2017 : Avis sur la sédation palliative continue au CHU Sainte-Justine
- Octobre 2017 : Prise de position sur le regroupement CHUM et du CHU Sainte-Justine
- Avril 2017 : Avis sur la vision de la Direction de l'enseignement et du profil de compétence recherché chez le ou la futur (e) directeur (trice) de l'enseignement du CHU Sainte-Justine

FAITS SAILLANTS 2017-2018 AU CII

- Tenue de la Semaine de l'infirmière 2017;
- Présentations par les infirmières du CII du CHU Sainte-Justine;
 - o 3 présentations ont été des formations accréditées
 - « L'évaluation de la qualité de vie et du meilleur intérêt en contexte pédiatrique : une réflexion éthique selon une perspective infirmière », en mars 2018, par Marie-Claude Levasseur, inf. B.Sc., M. Sc. en bioéthique, Coordinatrice de l'Unité d'éthique clinique
 - « Quand l'enfant ou la femme enceinte a mal depuis plusieurs mois, que faire? Gestion de la douleur chronique », en février 2018, par Julie Paquette, inf. M.Sc., infirmière à la clinique de la douleur
 - « Mode d'enseignement novateur aux jeunes patients hémophiles sévères âgés de 0 à 18 ans », en janvier 2018, par Claudine Amesse, inf. B.Sc., infirmière-pivot au Centre d'hémostase

CII (SUITE)

- « L'anticoagulation : un monde à découvrir », en décembre 2017, par Krikor Oskerjian, inf. B.Sc, Infirmier-pivot au Centre de jour d'hématologie-oncologie
- « Portrait des accès vasculaires périphériques au CHU Sainte-Justine », en novembre 2017, par Stéphanie Duval, inf. M.Sc., Cadre-conseil en sciences infirmières à la Direction des soins infirmiers
- « Une nouvelle approche pour évaluer l'allaitement », en octobre 2017, par Mylène Francoeur et Nicoleta Pavel Catana, infirmières cliniciennes membres de International Board Certified Lactation Consultants
- « Être parent d'un enfant prématuré », en septembre 2017, par Sophie Gravel, inf. M.Sc., coordonnatrice du plateau d'hospitalisation néonatalogie et transport néonatal
- « Comment optimiser l'utilisation du champ de pratique infirmière en milieux ambulatoires? Un modèle réel mis en place! », en avril 2017, par Josée Lamarche, cadre conseil en sciences infirmières et Jocelyne Bouchard, inf. clinicienne au centre d'enseignement de l'asthme
- « Enjeux éthiques en soins infirmiers reliés à l'aide médicale à mourir et à la sédation palliative continue », en mai 2017, par Marie-Claude Levasseur, inf. B.Sc., M. Sc. en bioéthique, Coordinatrice de l'Unité d'éthique clinique
- « De la simulation à l'action! », en juin 2017, par Stéphanie Hogue, conseillère en soins infirmiers et étudiante au programme de formation en simulation pour les professionnels de la santé.
- Réalisation de deux soirées du Savoir du CII accréditées :
 - « Le rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur et dans les soins de plaies » en février 2018
 - « L'avenir du rôle de l'infirmière dans l'univers des soins infirmiers » en octobre 2017
- Renouvellement de la commandite attribuée par la Banque Nationale du Canada;
- Implication du CECII lors du Réseau mère-enfant de la francophonie, en juin 2017.

OBJECTIFS 2018-2019

Le CII souhaite établir certaines priorités pour l'année 2018-2019.

- Travailler à apprécier la qualité des soins au sein du CHU Sainte-Justine
- Développer des partenariats internes et externes pour réaliser le mandat du CII
- Augmenter sa visibilité par différentes stratégies de communication à travers tous les membres du CII
- Maintenir les activités de formation : Présentations des infirmières du CII et Soi

PARMI LES PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2017 - 2018

CRÉATION DE LA CLINIQUE D'IMMUNOTHÉRAPIE ORALE : UNE PREMIÈRE AU QUÉBEC

En août dernier, le CHU Sainte-Justine a procédé à l'annonce officielle de la création de la clinique d'immunothérapie orale (CITO), en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette et du ministre de l'Énergie et des Ressources naturelles, responsable du plan Nord et député de Mont-Royal, M. Pierre Arcand. L'immunothérapie orale est un nouveau traitement probant pour les allergies alimentaires de type anaphylactique, permettant de rétablir la tolérance aux aliments et la qualité de vie. CITO offre une expertise médicale spécialisée et interdisciplinaire en clinique et en recherche pour des centaines de patients et permet un transfert de connaissances vers le réseau tout en assurant une excellente intégration soins-recherche-enseignement.

Les allergies représentent le 2^e problème de santé le plus fréquent diagnostiqué chez les enfants au Québec. La prévalence de ce type d'allergie a triplé au cours de la dernière décennie, affectant aujourd'hui 60 000 enfants au Québec. En créant cette clinique, le CHU Sainte-Justine devient le leader au Québec en désensibilisation aux allergies.

DÉBUT DES TRAVAUX DE CONSTRUCTION DU TECHNOPÔLE

Les travaux de construction du Technopôle ont débuté en septembre 2017, pour un démarrage prévu des activités dès le début de 2019. Ce projet mobilisateur, dédié aux enfants et aux adolescents présentant une déficience, a pour mission de mieux dépister, traiter et accompagner les jeunes et leur famille afin de leur offrir des soins et des services de pointe. Les principaux objectifs de ce pôle d'innovation sont de favoriser une culture d'innovation, de créer des modalités novatrices d'interventions et des technologies qui diminueront les obstacles à la participation sociale et permettront le plein déploiement du potentiel de nos jeunes. La contribution du gouvernement du Canada, du gouvernement du Québec et de la Fondation CHU Sainte-Justine ont permis la réalisation de ce projet qui permet d'innover, de repenser et de réinventer la réadaptation pédiatrique.

CLÔTURE DE LA CAMPAGNE PLUS MIEUX GUÉRIR

Les résultats de la campagne Plus mieux guérir de la Fondation CHU Sainte-Justine ont fracassé un record provincial. En effet, 255 M\$ ont été amassés au cours de cette campagne majeure qui a donné, au cours des cinq dernières années, le coup d'envoi au CHU Sainte-Justine à plusieurs initiatives de soins, de recherche et d'enseignement dont plusieurs se sont révélées des premières canadiennes.

1^{ER} ANNIVERSAIRE DU DÉMÉNAGEMENT DES ÉQUIPES DANS LE BÂTIMENT DES UNITÉS SPÉCIALISÉES ET LE CENTRE DE RECHERCHE

Le 8 décembre 2017 marquait le premier anniversaire de la Grande Traversée alors qu'un an plus tôt, on procédait au déménagement des patients et des équipes dans le Bâtiment des unités spécialisées et un peu plus tard, au transfert des équipes dans le nouveau bâtiment du Centre de recherche. Pour souligner la contribution de l'en-

semble du personnel à cette grande réalisation, une programmation comprenant des activités récréatives et de détente, des visites et une tournée de nuit sur les étages, a été élaborée dans un cadre festif. Les chefs des différents services et unités du CHU tenaient à souligner avec leurs équipes ce grand succès et la fierté d'avoir mené ce grand projet organisationnel à terme avec brio.!

UNE ÉTUDE DU CENTRE DE RECHERCHE PARMIS LES 10 DÉCOUVERTES DE L'ANNÉE 2017 DE QUÉBEC SCIENCE

En 2017 Québec Science, qui chaque année sélectionne les 10 découvertes québécoises les plus impressionnantes, a sélectionné une étude réalisée par une équipe de chercheurs du Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, de l'Université de Montréal et des universités américaines Duke et Emory. Ces travaux ont démontré qu'un statut social précaire peut à lui seul altérer le système immunitaire d'un individu. En résumé, l'étude démontre que deux individus ayant accès aux mêmes ressources alimentaires, aux mêmes soins de santé et affichant les mêmes comportements, ont des réponses immunitaires différentes aux infections selon qu'ils ont un statut social élevé ou précaire.

SAINTE-JUSTINE FIGURE AU PALMARÈS DES MEILLEURS EMPLOYEURS DU MAGAZINE FORBES

Le prestigieux magazine Forbes, reconnu pour ses différents classements publiés annuellement, a divulgué son palmarès 2018 des meilleurs employeurs au Canada. Le magazine, en se basant sur les statistiques de Statista, demande à plus de 8 000 employés travaillant pour de grandes entreprises ou institutions, d'évaluer leur propension à recommander leur entreprise. Classé au 55^e rang, le CHU Sainte-Justine est l'établissement de santé québécois le mieux classé dans le palmarès. Les répondants ont été consultés, non pas par l'intermédiaire de leur employeur mais de manière anonyme, à travers plusieurs panneaux d'accès en ligne.

DES CHERCHEURS DÉCOUVRENT HUIT NOUVEAUX GÈNES DE L'ÉPILEPSIE

La plus grande étude sur le séquençage du génome entier pour découvrir la cause de l'épilepsie a été dirigée par le Dr Jacques Michaud, du Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Montréal et de l'Université de Toronto. Cette recherche a permis d'identifier huit nouveaux gènes responsables de l'encéphalopathie épileptogène, (épilepsie marquée par la présence d'une déficience intellectuelle ou d'un retard du développement global) grâce au séquençage complet du génome, ce qui n'avait jamais été fait auparavant pour cette maladie à une aussi grande échelle. Avec cette découverte, les chercheurs espèrent aller vers un traitement plus approprié en plus de réduire le lourd processus d'investigation médicale.

LE RÉSEAU MÈRE-ENFANT DE LA FRANCOPHONIE : UN RÉSEAU INTERNATIONAL DE PARTAGE

Le CHU Sainte-Justine a été l'hôte, en juin 2017, du 15^e Colloque du Réseau mère-enfant de la Francophonie (RMEF). Rappelons qu'en 2002, le CHUSJ, les hôpitaux universitaires de Lille, de Genève, de Lyon, de Bruxelles et l'Hôpital Robert Debré de Pa-

ris se réunissaient au CHU mère-enfant pour donner naissance à un réseau de mise en commun de leur savoir-faire dans le but d'améliorer les soins et les services aux mères et aux enfants. Depuis, le RMEF, qui regroupe 21 établissements, situés dans 12 pays et sur quatre continents, est devenu, au-delà d'une plateforme de partage d'expertises et d'expériences, une véritable entité internationale de co-crédation et de co-développement d'innovations au service des mères et des enfants. Il joue également un rôle de plus en plus important dans le développement d'une vision globale de santé des mères et des enfants, en associant les facteurs génétiques et environnementaux.

INNOVONS, CRÉONS DE L'IMPACT EN SANTÉ!

C'est sous ce thème que s'est déroulée l'édition 2018 de la Semaine de la qualité et de l'innovation. Il s'agit de six journées consacrées à mettre de l'avant les initiatives novatrices et créatives des équipes du CHU Sainte-Justine en matière de qualité et d'innovation et au cours de laquelle les équipes, les partenaires du milieu de la santé, les patients et leur famille se sont joints avec dynamisme dans le but de transformer le quotidien de milliers de personnes. Cette semaine, à laquelle 850 personnes ont participé, a donné lieu, entre autres, à la présentation de 200 projets et de trois annonces ministérielles de même qu'à des échanges et des propositions qui ont permis d'amplifier mais également de concrétiser la vision d'innovation en santé du CHU mère-enfant du Québec.

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

L'Entente de gestion et d'imputabilité au CHU Sainte-Justine a été signée par le président-directeur général, M. Fabrice Brunet, le 21 juin 2017, et entérinée par M. Michel Fontaine, sous-ministre, le 4 juillet 2017.

S'appuyant sur les priorités régionales 2017-2018, les engagements de l'établissement sont regroupés sous les thèmes suivants :

- **Santé publique – Infections nosocomiales**
- **Déficiences**
- **Santé mentale**
- **Santé physique – Urgence**
- **Santé physique – Chirurgie**
- **Santé physique – Imagerie médicale**
- **Ressources matérielles**
- **Ressources humaines**

Notre appréciation de la performance pour l'exercice 2017-2018 s'appuie sur l'atteinte ou l'atteinte partielle de nos engagements. Cependant, nos efforts sont déployés en gardant le cap sur l'atteinte des cibles ministérielles de 2020.

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

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE			
COMITÉ STRATÉGIQUE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (PCIN)	La présence d'un comité est l'une des composantes essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de PCIN. C'est la raison pour laquelle elle fait l'objet d'une reddition de comptes dans chaque établissement.	Réalisé	
SERVICES SOCIAUX			
PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) constitue un outil de suivi d'implantation de Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008.	Réalisé	
MESURES ALTERNATIVES ET BONNES PRATIQUES DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS POUR LE RESPECT DES DÉLAIS D'ATTENTE DES USAGERS EN STATUT NSA	Les établissements non fusionnés ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en oeuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	Réalisé	
PLAN D'ACTION 2017-2022 SUR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)	Le Plan d'action sur le TSA sera publié à l'hiver 2017 et identifiera les grandes priorités qui guideront le réseau dans les actions à poser afin de mieux soutenir les personnes ayant un TSA et leurs familles. L'établissement devra compléter et transmettre le bilan d'implantation des mesures identifiées.	Non réalisé	Le CHU Sainte-Justine de par sa mission tertiaire offre des services d'évaluation qui permet d'orienter le patient vers les ressources adéquates. Le plan d'action sur le TSA ne s'applique donc pas à notre établissement.
SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE			
ORGANISATION ET HARMONISATION DES SOINS ET DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE À MONTRÉAL	Le MSSS a mandaté l'équipe de soutien à la transformation des services de Montréal pour soutenir les travaux de réorganisation des services de santé mentale. L'établissement doit mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard des actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.	Réalisé	
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET			
LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	Réalisé	
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	L'établissement participe à la réalisation du plan de travail national au regard de cette stratégie 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 visant le personnel.	Réalisé	
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Il revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels. Il leur faut poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrés des risques de l'établissement.	Réalisé	
RÉVISION DES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis à différentes instances.	Reporté	
ÉTAT DE SITUATION SUR LE DEGRÉ DE MATURITÉ D'UNE SALLE DE PILOTAGE STRATÉGIQUE	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé	
CHAPITRE V: TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION - DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS			
ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	Pour assurer le suivi des travaux à réaliser dans les établissements, un plan d'action doit être élaboré. Ce plan de mise en oeuvre de l'orientation "des systèmes d'information unifiés" doit tenir compte du séquençage des initiatives mises de l'avant par le MSSS.	Réalisé	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (<i>justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.</i>)
Santé publique - Infections nosocomiales				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	62,4	75	Même si l'engagement n'est pas atteint, le taux est en augmentation et de nombreuses interventions sont en cours pour l'atteinte de la cible.
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 (4,1/10 000 jours-présences)	100 (Moyenne : 3,6/10 000 jours-présences)	100 (3,9/10 000 jours-présences)	
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 (0,11/10 000 jours-présences)	100 (Moyenne : 0/10 000 jours-présences)	100 (0/10 000 jours-présences)	
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 (0,64/100 patients-période)	100 (Moyenne : 0/100 patients-période)	100 (0,5/100 patients-période)	
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 (4,5/1 000 jours-cathéters)	100 (Moyenne : 1,4/1 000 jours-cathéters)	NA	
Déficiences				
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	90	91,6	92,3	
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	5	5,18	4,8	Volume d'activité à la hausse (5%), près de 300 visites/jour.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	80	72,1	80	Volume d'activité à la hausse.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	80	62	80	Volume d'activité à la hausse.
Santé physique - Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	21	0	Nette amélioration depuis les dernières années.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100	78	100	Considérant les efforts qui sont demandés et requis pour mettre à niveau les systèmes d'information et assurer le suivi des indicateurs d'accès, il a été convenu avec le MSSS que les établissements et installations délivrant des services d'onco-péridatrie ne seront pas tenus de suivre les délais en hématologie-oncologie.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	90	100	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (<i>justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.</i>)
Santé physique - Imagerie médicale				
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	100	100	
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	100	100	100	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100	75,6	100	Le principal facteur limitant pour la résonance magnétique provient de la nécessité de sédation pour ces examens dans une réalité pédiatrique. Cette intervention requiert la présence d'un anesthésiste et de personnel en suivi. Nous travaillons à accroître la disponibilité médicale et des ressources pour répondre au besoin. Un plan est en cours.
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90	34,5	90	Cible difficilement atteignable pour le milieu pédiatrique.
Hygiène et salubrité				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	6,9	6,73	6,73	
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,5	3,01	2,3	Le taux d'heures supplémentaires est en augmentation considérant les volumes d'activité en hospitalisation et la durée moyenne de séjour à la hausse. Un plan d'action est en cours.
3.06.00-PS Taux de recours à la main d'oeuvre	0,44	0,28	0,3	

Légende	
	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

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

L'AGRÉMENT

En décembre 2015, avait lieu la visite d'établissement d'Agrément Canada. L'établissement a reçu le statut d'organisme agréé avec mesures de suivi à produire pour mai 2016 et mai 2017. Nous avons soumis des preuves démontrant que notre organisme répond aux exigences et reçu en juin 2017, une lettre de confirmation que notre organisme est agréé jusqu'en décembre 2019.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La qualité des soins et des services, et l'amélioration de nos façons de faire est au cœur des gestes que tous et chacun posent au quotidien. En 2017, un nouveau modèle nommé Modèle Intégré de la Qualité et de l'Amélioration (MIQA) a été créé grâce à un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce modèle se veut une représentation de l'évolution de nos pratiques, rassembleur et à la couleur des initiatives existantes des équipes du CHU Sainte-Justine. Une programmation sous l'angle de plusieurs activités a été réalisée afin d'améliorer nos pratiques et ainsi offrir des soins et services de qualité et sécuritaire. (Club MIQA, Tournée MIQA, Évènement MIQA, Formation MIQA, etc.)

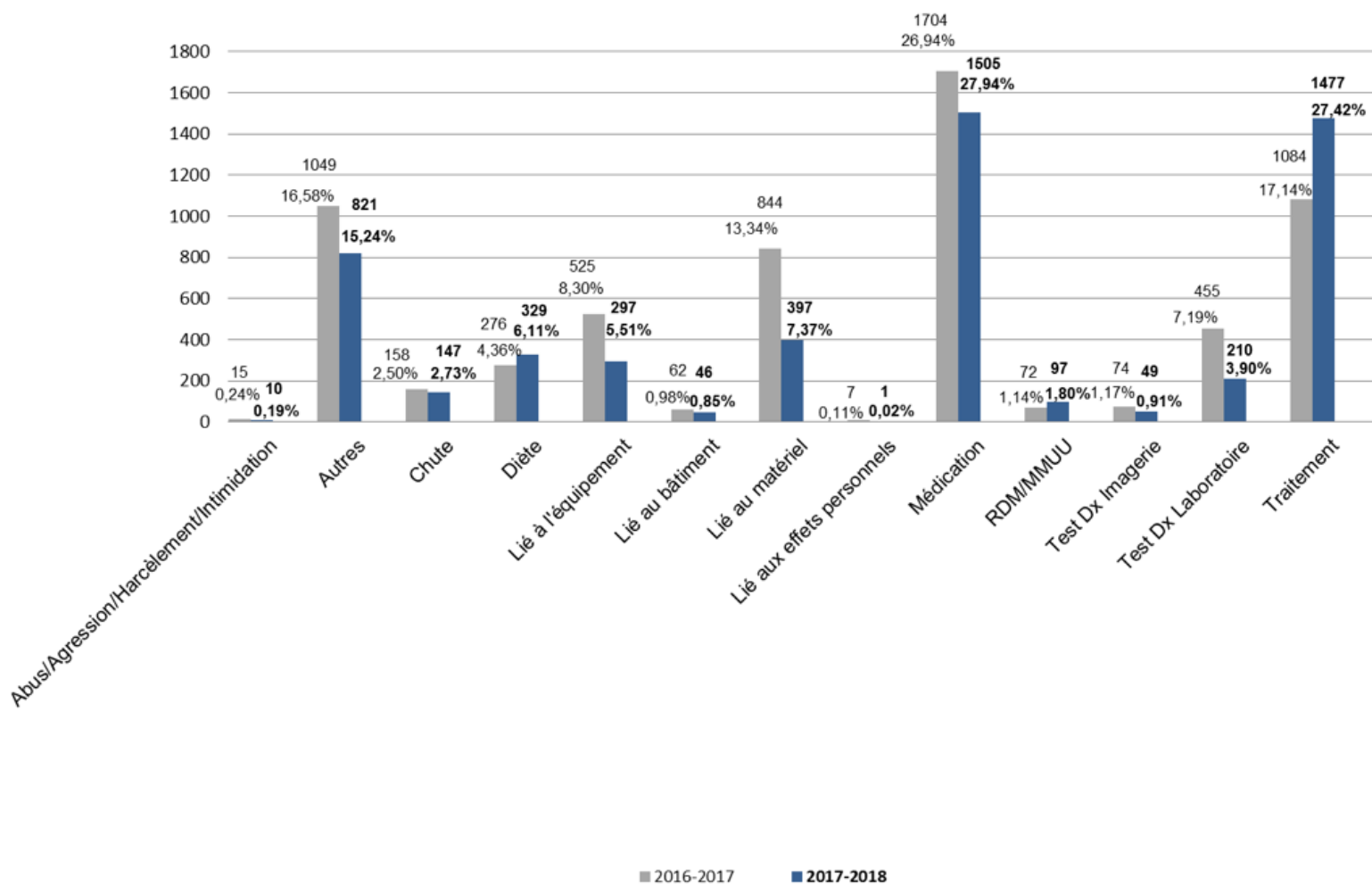
Des audits à l'interne et l'externe ont été réalisés en 2017. L'ensemble des équipes qui ont été interpellées par ces derniers, a développé des plans d'actions en réponse à ces mesures de suivi et ce par l'intermédiaire des meilleures pratiques en la matière.

Une Journée santé et sécurité s'est déroulée le 31 octobre 2017, sous le thème « La sécurité au cœur de nos actions, votre passeport pour la santé. » Cet événement a eu pour but d'outiller en matière de santé et de sécurité et de discuter avec des experts, sous différents thèmes via 12 kiosques tels que la sécurité dans les soins, la sécurité des actifs informationnels, la santé et sécurité au travail, les mesures d'urgence, la sécurité dans les sports, l'hygiène des mains.

L'ÉTABLISSEMENT ÉNONCE :

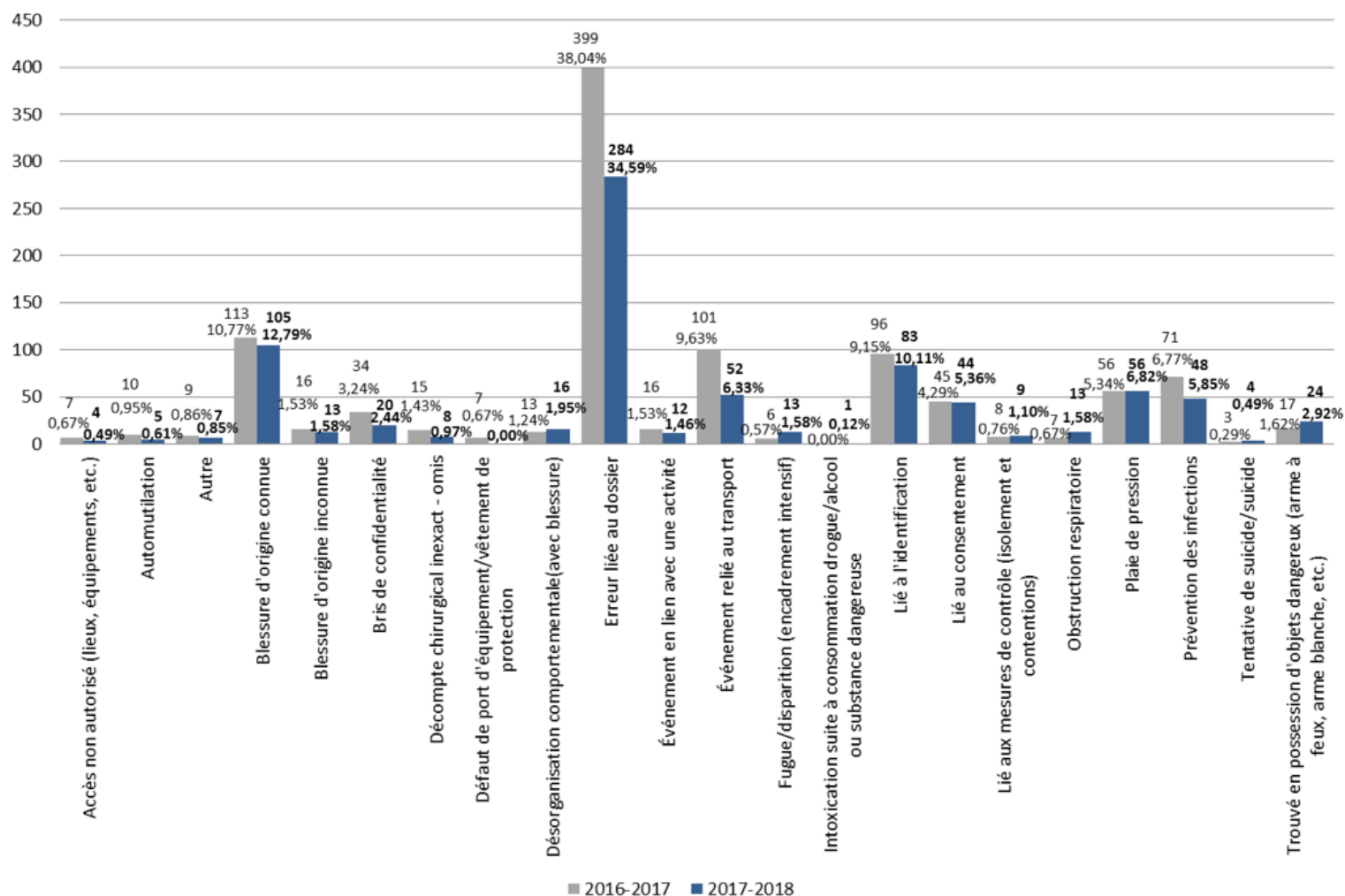
- Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents
- Pour l'année 2017-2018, il y a eu 5386 rapports AH-223 qui ont été produits et documentés au CHU Sainte-Justine. Parmi ce nombre, 10 situations ont été analysées de façon approfondie, desquelles découlaient des améliorations de certains processus administratifs et cliniques. En plus de ce nombre, 51 dossiers antérieurs ont fait objet de suivis et d'analyses complémentaires afin d'assurer la mise en place des actions d'améliorations identifiées. Sur l'ensemble des dossiers actifs, 15 dossiers ont pu être finalisés avec rapports d'enquêtes documentés.

Nombre de déclarations par catégorie



Type événement	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	15	0,24%	10	0,19%
Autres	1049	16,58%	821	15,24%
Chute	158	2,50%	147	2,73%
Diète	276	4,36%	329	6,11%
Lié à l'équipement	525	8,30%	298	5,53%
Lié au bâtiment	62	0,98%	45	0,84%
Lié au matériel	844	13,34%	397	7,37%
Lié aux effets personnels	7	0,11%	1	0,02%
Médication	1704	26,94%	1505	27,94%
RDM/MMUU	72	1,14%	97	1,80%
Test Dx Imagerie	74	1,17%	48	0,89%
Test Dx Laboratoire	455	7,19%	211	3,92%
Traitement	1084	17,14%	1477	27,42%
Total général	6325	100,00%	5386	100,00%

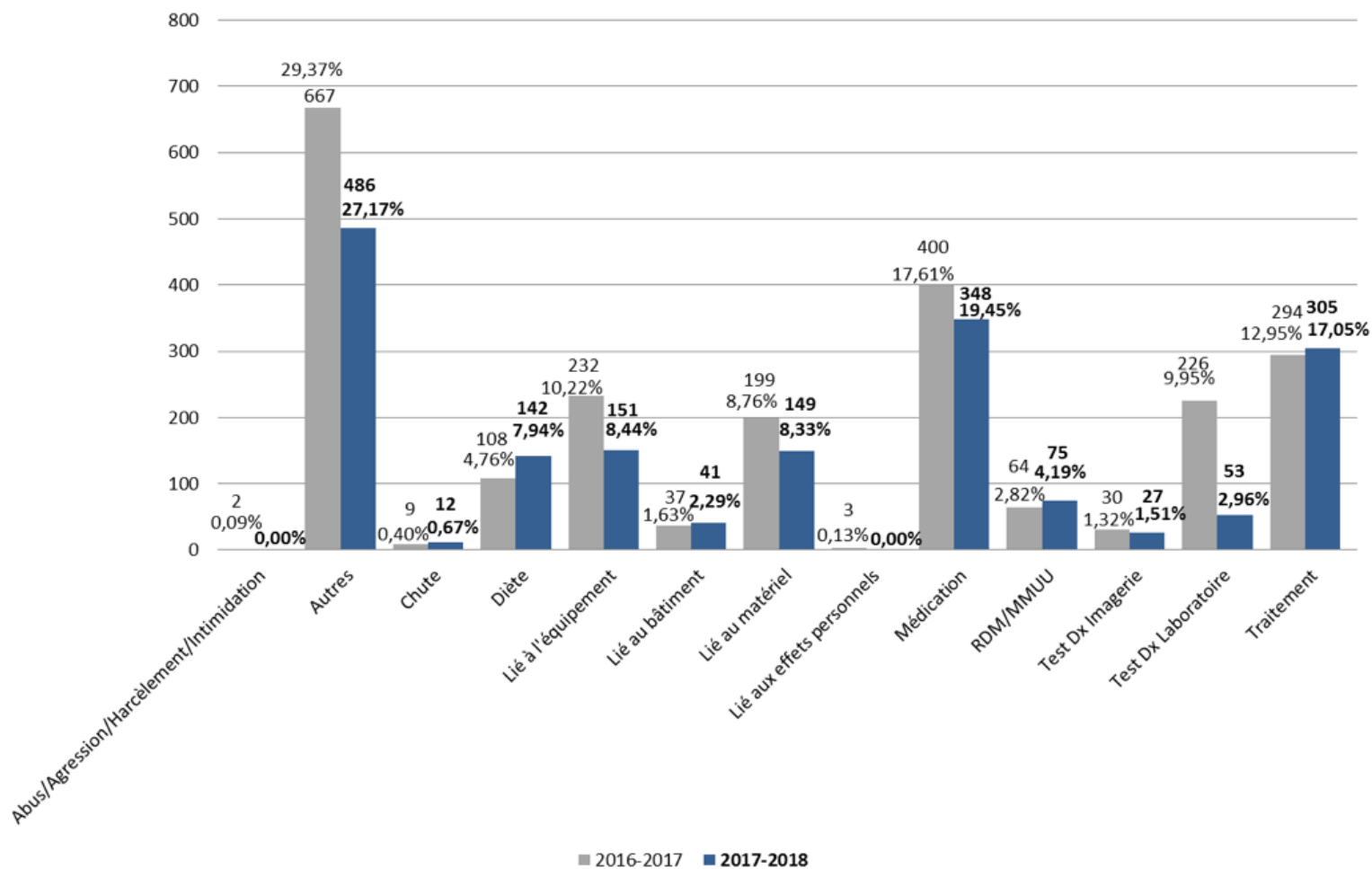
Répartition des déclarations de type "Autres" par circonstances



Autres - Circonstances (Incidents + Accidents)	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	7	0,67%	4	0,49%
Automutilation	10	0,95%	5	0,61%
Autre	9	0,86%	7	0,85%
Blessure d'origine connue	113	10,77%	105	12,79%
Blessure d'origine inconnue	16	1,53%	13	1,58%
Bris de confidentialité	34	3,24%	20	2,44%
Décompte chirurgical inexact - omis	15	1,43%	8	0,97%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	7	0,67%		0,00%
Désorganisation comportementale(avec blessure)	13	1,24%	16	1,95%
Erreur liée au dossier	399	38,04%	284	34,59%
Événement en lien avec une activité	16	1,53%	12	1,46%
Événement relié au transport	101	9,63%	52	6,33%
Fugue/disparition (encadrement intensif)	6	0,57%	13	1,58%
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse		0,00%	1	0,12%
Lié à l'identification	96	9,15%	83	10,11%
Lié au consentement	45	4,29%	44	5,36%
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	8	0,76%	9	1,10%
Obstruction respiratoire	7	0,67%	13	1,58%
Plaie de pression	56	5,34%	56	6,82%
Prévention des infections	71	6,77%	48	5,85%
Tentative de suicide/suicide	3	0,29%	4	0,49%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	17	1,62%	24	2,92%
Total général	1049	100,00%	821	100,00%

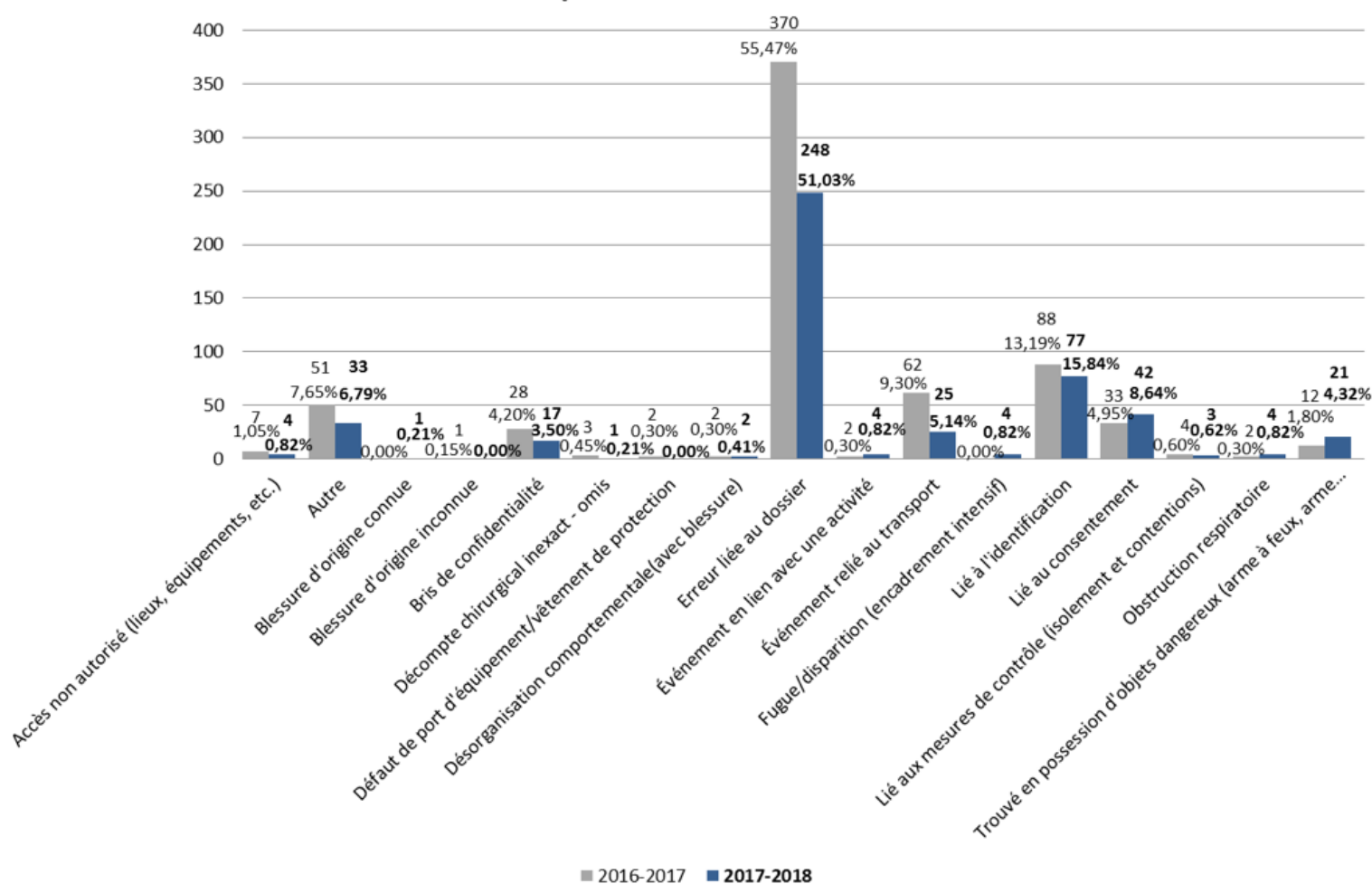
- La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

Répartition des Incidents (Indices de gravité A et B)
par type d'événement



Type événement (Indices de gravité A et B)	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	2	0,09%		0,00%
Autres	668	29,40%	485	27,13%
Chute	9	0,40%	12	0,67%
Diète	108	4,75%	142	7,94%
Lié à l'équipement	232	10,21%	151	8,45%
Lié au bâtiment	37	1,63%	41	2,29%
Lié au matériel	199	8,76%	149	8,33%
Lié aux effets personnels	3	0,13%		0,00%
Médication	400	17,61%	348	19,46%
RDM/MMUU	64	2,82%	75	4,19%
Test Dx Imagerie	30	1,32%	27	1,51%
Test Dx Laboratoire	226	9,95%	53	2,96%
Traitement	294	12,94%	305	17,06%
Total général	2272	100,00%	1788	100,00%

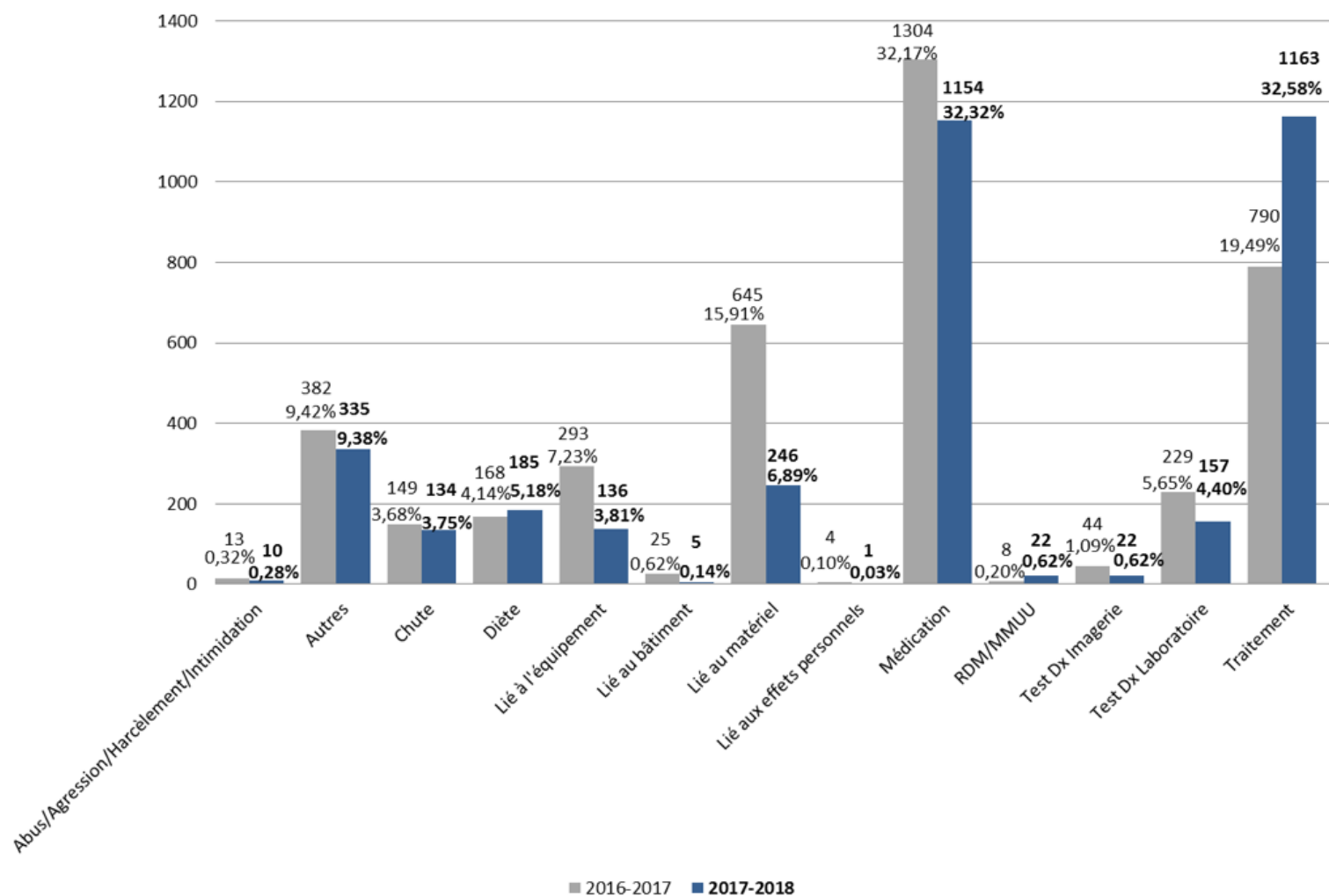
Répartition des incidents (Indices de gravité A et B) de type "Autres" par circonstances



Autres - Circonstances (Indices de gravité A et B)	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	7	1,05%	4	0,82%
Autre	51	7,65%	33	6,79%
Blessure d'origine connue		0,00%	1	0,21%
Blessure d'origine inconnue	1	0,15%		0,00%
Bris de confidentialité	28	4,20%	17	3,50%
Décompte chirurgical inexact - omis	3	0,45%	1	0,21%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	2	0,30%		0,00%
Désorganisation comportementale(avec blessure)	2	0,30%	2	0,41%
Erreur liée au dossier	370	55,47%	248	51,03%
Événement en lien avec une activité	2	0,30%	4	0,82%
Événement relié au transport	62	9,30%	25	5,14%
Fugue/disparition (encadrement intensif)		0,00%	4	0,82%
Lié à l'identification	88	13,19%	77	15,84%
Lié au consentement	33	4,95%	42	8,64%
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	4	0,60%	3	0,62%
Obstruction respiratoire	2	0,30%	4	0,82%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	12	1,80%	21	4,32%
Total général	667	100,00%	486	100,00%

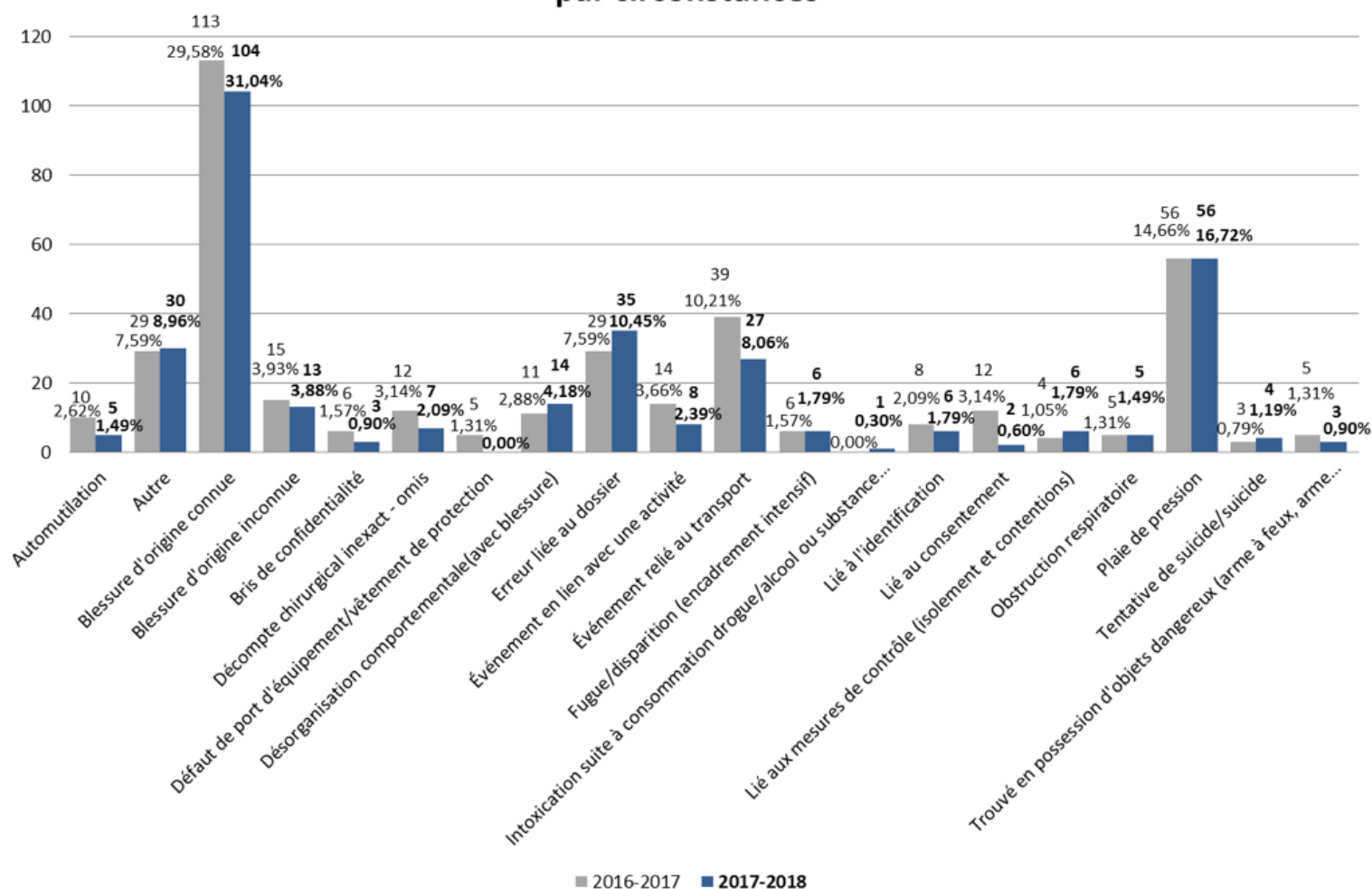
- La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

Répartition des accidents (Indices de gravité C à I) par type d'événement



Type événement (Indices de gravité C à I)	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	13	0,32%	10	0,28%
Autres	382	9,42%	335	9,38%
Chute	149	3,68%	134	3,75%
Diète	168	4,14%	185	5,18%
Lié à l'équipement	293	7,23%	136	3,81%
Lié au bâtiment	25	0,62%	5	0,14%
Lié au matériel	645	15,91%	246	6,89%
Lié aux effets personnels	4	0,10%	1	0,03%
Médication	1304	32,17%	1154	32,32%
RDM/MMUU	8	0,20%	22	0,62%
Test Dx Imagerie	44	1,09%	22	0,62%
Test Dx Laboratoire	229	5,65%	157	4,40%
Traitement	790	19,49%	1163	32,58%
Total général	4054	100,00%	3570	100,00%

Répartition des accidents (Indices de gravité C à I) de type "Autres" par circonstances



Autres - Circonstances (Indices de gravité C à I)	2016 (Nb)	2016 (%)	2017 (Nb)	2017 (%)
Automutilation	10	2,62%	5	1,49%
Autre	29	7,59%	30	8,96%
Blessure d'origine connue	113	29,58%	104	31,04%
Blessure d'origine inconnue	15	3,93%	13	3,88%
Bris de confidentialité	6	1,57%	3	0,90%
Décompte chirurgical inexact - omis	12	3,14%	7	2,09%
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	5	1,31%		0,00%
Désorganisation comportementale(avec blessure)	11	2,88%	14	4,18%
Erreur liée au dossier	29	7,59%	35	10,45%
Événement en lien avec une activité	14	3,66%	8	2,39%
Événement relié au transport	39	10,21%	27	8,06%
Fugue/disparition (encadrement intensif)	6	1,57%	6	1,79%
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse		0,00%	1	0,30%
Lié à l'identification	8	2,09%	6	1,79%
Lié au consentement	12	3,14%	2	0,60%
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	4	1,05%	6	1,79%
Obstruction respiratoire	5	1,31%	5	1,49%
Plaie de pression	56	14,66%	56	16,72%
Tentative de suicide/suicide	3	0,79%	4	1,19%
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	5	1,31%	3	0,90%
Total général	382	100,00%	335	100,00%

- En matière de divulgation et de déclaration, on note une diminution de 13% des déclarations. La direction qualité performance a mis l'emphase sur les actions de sensibilisation et de formations spécifiques par secteur. Une trentaine de formation individuelle et de groupe a été réalisée tout au long de l'année avec une attention particulière à la spécificité des secteurs pour maintenir la culture de déclaration et de divulgation.

La cible de conformité est à 100% pour la divulgation des événements. Pour les événements de catégorie F, G, H, I, le taux atteint est de 100%. Pour la catégorie E1 et plus, le taux atteint est de 97.29%. Les événements non divulgués ne sont pas des événements majeurs. Une surveillance pour le respect de la politique sera assurée en continu pour atteindre la cible.

- Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont :
 - o Le circuit du médicament
 - o Le traitement et intervention

Libellé	Nombre 2017-2018	Pourcentage 2017-2018	Évolution 2016-2017 2017-2018
Circuit du médicament	1437	27.8%	+0.6%
traitement et intervention	1425	27.6%	+10.4%

Des modifications ont été réalisées dans la façon de saisir les déclarations d'incident accident par rapport à l'année précédente, pour être au plus proche de la réalité du terrain. Elles induisent des variations dans la catégorie traitement et intervention.

- L'établissement et les membres du comité de gouvernance et de gestion des risques (C2GR) se sont activement impliqués dans la recherche, le développement et la promotion via différentes actions afin d'assurer une culture de sécurité et le suivi des risques au sein de l'organisation. Voici un aperçu des activités et projets suivis par le C2GR, en 2017-2018 :

- o Suivi du taux de divulgation et des mesures de soutien pour la clientèle et les employés
- o Suivi des résultats d'audits sur l'hygiène des mains
- o Suivi du plan de sécurité

- o Suivi du rapport trimestriel sur les indicateurs liés à la sécurité des travailleurs
- o Mise en place de la gestion intégrée des risques et priorisation des 10 risques à l'échelle de l'établissement
- o Optimisation de la gestion des résultats critiques
- o Optimisation de la gestion du parc de matériel roulant
- o Travaux d'amélioration du cadre de référence d'utilisation des pompes d'alimentation entérale à domicile pour la clientèle vulnérable
- o Suivi des démarches en lien avec la situation des échangeurs thermiques selon les directives du MSSS et de Santé Canada
- o Amélioration continue dans la gestion et l'utilisation des électrolytes concentrés
- o Gestion de l'accès du patient en chirurgie
- o Suivi du SIMDUT
- o Travaux d'amélioration des processus à l'URDM
- o Suivi des mesures de prévention liées à l'utilisation des chutes à linge et chutes à déchets
- o Suivi des enjeux majeurs de communication lors de l'utilisation de données par des voies non sécurisées (SAI)
- o Mise en place du projet d'architecture de sécurité de l'information
- o Diffusion du nouveau modèle nommé Modèle Intégré de la Qualité et de l'Amélioration (MIQA)
- o Mise en place d'un protocole d'intervention lors d'un arrêt de ventilation
- o Suivi de la conformité de la traçabilité des transports d'échantillons
- o Révision des politiques, des outils et de la formation de gestion des risques
- o Suivi des visites d'organismes d'accréditation

Concernant le risque d'infections nosocomiales, Au cours de la dernière année, aucune éclosion majeure n'est survenue. Une augmentation du taux de clostridium difficile a été observée en hémato-oncologie, mais s'est stabilisée en fin d'année. Suite à une période exceptionnelle d'Influenza et de virus respiratoires dans la communauté, une augmentation des taux d'infections des voies respiratoires nosocomiales a également été notée.

- Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers 9art. 118.1 LSSSS)
- Le CHU Sainte-Justine est demeuré conforme dans sa pratique. La version provisoire du protocole d'application des mesures de contrôle a été envoyée au MSSS le 1er février 2018 afin de faire un suivi concernant leur demande d'intégrer les recommandations de la Commission des Droits de la Personne et des Droits de la Jeunesse (CDPDJ) aux protocoles de tous les établissements. Notre protocole provisoire contient tous les éléments recommandés par la CDPDJ. La formation adaptée au nouveau cadre de référence est déjà en cours dans les secteurs où la clientèle de santé mentale est présente. La formation a été réalisée de façon plus prépondérante pour

les équipes de psychiatrie et de la réadaptation à Marie Enfant. Durant l'année 2017-2018, 148 infirmières, 19 infirmières auxiliaires et 28 préposés aux bénéficiaires ont suivi des formations. Tous les professionnels et intervenants concernés par les mesures de contrôle reçoivent une formation à ce sujet lors de l'embauche, puis des capsules de formation sont offertes dans le calendrier de formation continue ou selon les besoins spécifiques d'un secteur.

- Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations des différentes:

- Le CHU Sainte-Justine a assuré le suivi des recommandations issues des différentes instances (commissaire aux plaintes et à la qualité des services ; comité des usagers ; médecins examinateurs) et poursuit les plans d'amélioration en collaboration avec les secteurs visés. Les mécanismes de suivi auprès du comité de vigilance et de la qualité furent respectés en cours d'année et le comité de gouvernance et de gestion des risques (C2GR) a assuré l'avancement des travaux et les résultats de l'établissement.

- Pour l'année 2017-2018, il y a eu 2 nouvelles recommandations pour un total de 4 recommandations actives du médecin examinateur, s'adressant aux secteurs suivants pour lesquels des travaux sont en cours :

- Département d'imagerie médicale :

- o Une analyse a été réalisée concernant les méthodes de réchauffement lors des examens radiologiques sous anesthésie. Des recommandations ont été émises sur les méthodes et des communications ont été réalisées aux professionnels.

- Département de gynécologie-obstétrique :

- o Une étude concernant la disponibilité de chambres de deuil périnatal est en cours. Un groupe d'experts cliniques est mis en place pour revoir les modalités de prise en charge des usagers et de leur famille.

- Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

- Le CHU Sainte-Justine applique les recommandations pertinentes à sa mission, que le Bureau du coroner fait à l'ensemble des établissements du réseau de la santé. Une recommandation concernant les transfusions sanguines (témoins de Jéhovah) a été faite par le Bureau du coroner. Un groupe de travail a été mis en place pour élaborer les processus internes les outils associés.

- Autres instances s'il y a lieu (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

- Novembre 2016 : Santé Canada a visité l'équipe de recherche de l'essai clinique DEC-GEN. En 2017, cette étude a été fermée.

- En octobre 2017, Santé Canada a visité le Programme de thérapie cellulaire. Suite au rapport de visite, un plan d'actions a été déposé et accepté par Santé Canada.

- En mars 2017, la Food and drugs administration (FDA) a visité l'équipe de recherche clinique sur Thérapie CART. Nous avons reçu le rapport de visite en juillet 2017. Aucune recommandation n'a été émise.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Il n'y a aucune mise sous garde.

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ (SUITE)

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel des plaintes du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est accessible à toute la population et aux usagers sur le site internet du CHU Sainte-Justine. Il constitue une source d'information importante sur l'état des plaintes et ce, dans le respect de la confidentialité des usagers et des familles qui se sont adressés au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. Pour l'année 2017-2018, 803 dossiers ont été reçus dont 253 plaintes.

En 2017-2018, une recommandation a été formulée à la Direction des soins infirmiers. Deux engagements ont été pris par différentes directions. L'un par la Direction des services techniques et la Direction exécutive des soins académiques et l'autre par la Direction exécutive des soins académiques seulement. Des travaux sont actuellement en cours pour implanter les changements requis et un suivi de l'état d'avancement des travaux se poursuit. Le Comité de vigilance et de la qualité qui est impliqué dans le suivi des recommandations et engagements est satisfait des mesures prises et de l'avancement des travaux.

Actuellement, un seul dossier est en traitement en deuxième instance par le Protecteur du citoyen. Nous sommes dans l'attente des résultats de cet examen.

Pour l'année 2017-2018, 108 plaintes médicales ont été reçues. Dans le cadre de traitement des plaintes, deux recommandations ont été formulées par le médecin examinateur. La Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers et la Direction exécutive des soins académiques ont été interpellées dans l'implantation des mesures requises. Le suivi de ces recommandations fait également l'objet de discussion dans le cadre des rencontres du Comité de vigilance et de la qualité.

Deux usagers ont interpellé le Comité de révision suite au traitement de leur plainte par le médecin examinateur. Dans l'une des situations, le Comité de révision a demandé un complément d'information mais a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans les deux dossiers soumis.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

ACCESSIBILITÉ

Malgré une augmentation importante de la demande à la salle d'urgence (hausse de 8 % pour atteindre 87 000 visites annuellement) ou au bloc opératoire (hausse de 6 %), le CHU Sainte Justine a maintenu des délais moyens de séjour sur civière à près de 5 heures, et de présence à la salle d'urgence à moins de 4 heures. Au bloc opératoire, plus de 97 % des patients sont opérés au cours de la première année de la demande et la liste d'attente a été réduite de 300 patients.

L'accès aux services spécialisés par un médecin de famille a répondu dans les délais, selon la grille de priorité définie par le Ministère.

QUALITÉ

L'organisation des services a permis de répondre, avec davantage de pertinence, par l'établissement d'entente avec trois CIUSSS pour l'évaluation des troubles du développement chez les enfants de moins de 5 ans. Dans le même sens, avec la contribution du Ministère, nous avons offert une nouvelle clinique en immunologie par thérapie orale pour les allergies alimentaires sévères. De plus, le centre de traumatologie a reçu des éloges pour la qualité des services lors de la prise en charge des patients traumatisés et des grands brûlés.

AMÉLIORATION CONTINUE ET INNOVATION

Le développement d'un projet clinique novateur en réadaptation a permis d'établir des bases solides pour l'érection d'un centre dédié à cette clientèle. Le Technopôle permettra de franchir un pas important dans l'intégration des services dans un contexte autant communautaire qu'académique. Les nouveaux plateaux techniques liés au projet d'agrandissement ont permis de grandes premières dont la chirurgie par laser des tumeurs cérébrales, le traitement par angiographie invasive et des interventions orthopédiques minimalement invasives sous supervision par l'imagerie.

6 APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
DISPOSITIONS GÉNÉRALES			
Disposer d'une politique en vigueur concernant les soins de fin de vie.	Politique soins de fin de vie	Politique adoptée au conseil d'administration le 23 septembre 2016.	
INFORMATION AUX USAGERS			
Disposer des moyens de communication et d'information avec la population de son territoire afin de l'informer des soins offerts, des modalités d'accès ainsi que des droits et des recours des personnes.	Informations disponibles sur le site Internet de l'établissement	Révision des documents en cours	Suite à l'adoption des documents, mettre en ligne
	Code d'éthique	Code d'éthique non disponible	Finaliser la rédaction du code d'éthique
	Politique relative aux soins de fin de vie	Politique disponible sur Intranet.	À déposer sur Internet.
	Programme clinique de soins de fin de vie	Programme disponible, offre de service en révision	Document en révision, à déposer sur Intranet.
	Guide des droits des citoyens disponible dans l'établissement		
	En plus nous avons normes en soins palliatifs pédiatriques		Déposer sur Internet

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
OFFRE DE SERVICE			
Disposer d'une procédure de transfert vers les installations des lits réservés ou vers une maison de soins palliatifs pour une personne dont il est impossible de prodiguer des soins de fin de vie à domicile.	Procédure de transfert outils sous-jacents	Au Chu Sainte-Justine, respect du choix de l'enfant, de l'adolescent et de leur famille. Transfert à domicile prévu à DSIE et aide du CCAR. Transfert maison de soins palliatifs. Entente avec la maison Le Phare depuis 2010 et actuellement en révision.	
Disposer d'une chambre que la personne est seule à occuper lorsqu'elle est en soins de fin de vie.	Entente sur la priorisation des patients en situation simultanée de besoins dans la gestion des lits.	Avant décembre 2016, chaque unité possède une chambre dédiée aux soins palliatifs. Depuis décembre 2016, le CHU Sainte-Justine offre des chambres prévues à chacune des unités. Selon la philosophie, pas d'unité spécifique en soins palliatifs, l'enfant, l'adolescent poursuit ses soins avec nte soutenue au besoin par l'équipe transversale en soins palliatifs.	

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
PROGRAMME CLINIQUE DE SOINS DE FIN DE VIE			
Disposer d'un programme clinique en matière de soins de fin de vie.	Programme clinique de soins de fin de vie inclus dans le plan d'organisation de l'établissement (proposition dans le contenu du MSSS).	Demande au directeur d'ajouter l'équipe transversale en soins palliatifs dans le plan d'organisation (proposition déposée en décembre 2017).	En attente de l'accord de la direction.
	Programme clinique de soins de fin de vie incluant l'offre de service à domicile si applicable.	Programme clinique en révision par le comité de gouvernance. Offre à domicile via DESIE et CCAR.	Programmation clinique au comité de gouvernance pour révision.
	Programme clinique de soins de fin de vie transmis à la commission sur les soins de fin de vie.		À finaliser et à diffuser suite à son approbation.
CODE D'ÉTHIQUE			
Disposer d'un code d'éthique en vigueur incluant le droit des usagers en matière de soins de fin de vie.	Inclusion du droit des usagers en matière de soins de fin de vie au code d'éthique (addenda type).	Révision en cours sous la direction de la directrice des ressources humaines.	À finaliser et diffuser.

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
ENTENTE AVEC MAISONS DE SOINS PALLIATIFS			
Dispose d'ententes valides avec la maison de soins palliatifs incluant les clauses liées aux soins de fin de vie.	Entente révisée avec la maison de soins palliatifs.	Révision de l'entente avec la maison Le Phare en cours. Valide depuis 2010.	Finaliser la révision de l'entente avec la maison Le Phare.
DISPOSITIONS GÉNÉRALES			
Disposer des données statistiques permettant d'effectuer la reddition de comptes.	Rapport du président-directeur général au conseil d'administration :		
	Disponible sur le site internet de l'établissement	Réalisé	
	Résumé dans le rapport annuel de gestion.	Réalisé (GESTRED)	
	Rapport transmis à la commission sur les soins de fin de vie tous les six mois.	Réalisé et tableau complété et acheminé.	

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE			
Disposer de protocoles cliniques en matière de sédation palliative continue.	Protocole de sédation palliative continue.	Protocole disponible à la DAMU.	
	Adoption du protocole clinique aux différentes instances, CA, CMDP, CII, CM, CRSP, DRMG.		Vérifier si protocole adopté à toutes les instances
	Mécanisme d'évaluation de la qualité des soins fournis (CMDP, CII, CM).		Déterminer les actions à mettre en place
Disposer de procédures relativement au consentement à la sédation palliative continue.	Procédure et outil du consentement à la sédation palliative continue.		
	Entente interne sur l'identification d'un tiers ne faisant pas partie de l'équipe de soins responsable de la personne en cas d'incapacité physique de l'utilisateur.		

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
AIDE MÉDICALE À MOURIR			
Disposer de procédures relativement au cheminement clinico-administratif d'une demande d'aide médicale à mourir et son traitement.	Procédure et outils concernant l'aide médicale à mourir en établissement et à domicile incluant consultation du deuxième médecin.	Guide du MSSS. Voir avec Dr Gauvin. Formulaires du MSSS.	Diffusion de l'information à l'interne après approbation
	Procédure en cas d'objection de conscience du médecin ou de refus de participer des professionnels de la santé et de services sociaux.		
Mettre sur pied un groupe interdisciplinaire et de soutien GIS pour l'aide médicale à mourir.	GIS formé et opérationnel.	GIS formé	Diffuser rôle à l'interne et la façon de contacter le GIS, revoir composition.
Disposer de protocoles cliniques en matière d'aide médicale à mourir.	Protocole clinique d'aide médicale à mourir	Protocoles du MSSS	
	Adoption du protocole clinique par les différentes instances (CA, CMDP, CII, CRSP, DRMG).		
	Mécanisme d'évaluation de la qualité des soins (CMDP, CII, CM).		

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES			
Disposer de procédures relativement aux directives médicales anticipées et l'accès au registre.	Procédure concernant les directives médicales anticipées incluant l'accès au registre.		
DISPOSITIONS FINALES			
Identifier une personne responsable de l'actualisation de la Loi ainsi que des personnes ressources en soutien (cogestion clinico-administrative et intervenant en ressources humaines).	Nomination d'un responsable de l'actualisation de la Loi mandaté par le président-directeur général.	Nomination en 2015 de Dr Marc Girard.	
	Ressources en soutien mandatées (cogestion clinico-administrative et intervenant en ressources humaines).	Nomination en 2015 de Dre France Gauvin et de Mme Line Déziel et participation aux rencontres des répondants.	
Former les intervenants concernés par la Loi et s'assurer de leur aptitude à appliquer les procédures et les protocoles, à faire vivre le programme clinique, le tout dans le respect de la politique de soins de fin de vie et du code d'éthique.	L'ensemble des intervenants concernés informés quant aux dispositions de la Loi et des modalités applicables dans l'établissement.	En 2015, (tableau).	

RESPONSABILITÉS	LIVRABLES	ACTIONS ENTREPRISES	ACTIONS À FAIRE
DISPOSITIONS FINALES (SUITE)			
	L'ensemble des intervenants aptes à appliquer les guides, les procédures, les protocoles et les outils dans le respect de la politique et du code d'éthique.	Plan de formation (DSI).	Plan de communication interne à prévoir
	Informations des partenaires impliqués.		
Informers des établissements privés de leur territoire des responsabilités mutuelles en égard aux modalités de la Loi et rendre disponible les outils de soutien.	Ententes quant aux façons de faire : circulation de l'information en collaboration mutuelle aux soins liés aux trois activités.	Par le MSSS	
	Accès aux politiques et programmes clinique de tous les établissements privés du territoire.		
	Outils disponibles pour les établissements privés.		

Le 23 mai 2018

Docteur Marc Girard
 Directeur
 Direction des affaires médicales et universitaires
 et de l'ETMIS
 CHU Sainte-Justine

Objet : Bilan entente de gestion 2017-18, volet soins palliatifs

Docteur,

Comme convenu, vous trouverez ci-joint les données pour répondre à l'entente de gestion tel que demandé à la page 7 de l'annexe 1 du ministère.



Période 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017, comme spécifié dans la circulaire :

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	100
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

Source : archives CHU Ste-Justine

Pour toute question ou information additionnelle, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Line Déziel
 Gestionnaire
 Direction exécutive des soins académiques

7 RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

RESSOURCES HUMAINES/ FAITS SAILLANTS

- Accueil d'une nouvelle directrice, révision des offres de service de la direction et restructuration des équipes.
- Fusion des systèmes de remplacement existants et création d'un système intégré de gestion des horaires sous la Direction des ressources humaines, en continuité et lien direct avec les activités de dotation et de planification de main d'œuvre.
- Informatisation de la gestion des horaires du personnel des soins infirmiers.
- Finalisation de l'informatisation des dossiers employés, incluant le dossier santé et sécurité.
- Intégration et mise en pratique de la nouvelle convention collective du Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.
- Amélioration de l'offre de services en lien avec la retraite en maximisant l'usage de l'intranet.
- Création d'un guide d'accompagnement et de capsules de formation pour le déploiement de Outlook.
- Réouvertures de certaines matières de convention collective locale et préparation de la négociation avec les employés professionnels et techniciens de la santé (catégorie 4).
- Optimisation de l'utilisation d'outils informatiques (Chartmaxx, Logibec, Prasat) pour mieux utiliser les données RH. Mise en application de trois nouveaux indicateurs RH (taux de dotation des postes, taux d'occupation des postes et pourcentage des employés offrant 100 % de leur contrat de travail).
- Mise en place d'un sondage aux recrues pour connaître de façon continue leur appréciation de nos processus d'embauche et d'intégration et s'améliorer en fonction des réels besoins.
- Révision de la « marque employeur » avec la consultation des employés, en partenariat avec la Direction des communications.
- Révision des stratégies de communication pour mieux diffuser nos offres d'emploi.
- Accompagnement de l'équipe projet de création du Centre de rendez-vous unique (CRVU) dans la transformation de l'équipe et des pratiques.
- Amélioration de l'École de soutien administratif et ajustement du contenu en fonction de la transformation du rôle des agents administratifs dans les équipes de soins.
- Mise en place du Programme ambassadeurs de milieu sain ayant comme objectif de prévenir les tensions et la violence en milieu de travail et d'améliorer les dynamiques d'équipe.
- Réception d'un prix au Salon de la qualité et de l'innovation par le Réseau d'agents de changement le 12 avril 2018.
- Ajout d'un conseiller responsable de la qualité dans le processus de dotation.
- Démarrage de tables de travail pour l'amélioration des conditions de travail des cadres.
- Plusieurs activités de recrutement (salons de recrutement, soirées d'information et déplacements en région).

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

12694659 - CHU Sainte-Justine		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	331 310	504	331 813	182	206
	2015-16	314 703	199	314 902	173	192
	2016-17	290 684	400	291 084	160	182
	2017-18	270 497	290	270 787	149	186
	Variation	(18,4 %)	(42,4 %)	(18,4 %)	(18,4 %)	(9,7 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	912 386	4 624	917 010	504	683
	2015-16	920 261	3 013	923 274	508	685
	2016-17	903 946	3 136	907 082	499	669
	2017-18	897 409	3 065	900 474	496	711
	Variation	(1,6 %)	(33,7 %)	(1,8 %)	(1,5 %)	(4,1 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	2 194 364	84 342	2 278 706	1 169	1 647
	2015-16	2 187 433	64 131	2 251 564	1 162	1 649
	2016-17	2 148 022	83 299	2 231 322	1 142	1 575
	2017-18	2 130 901	100 261	2 231 162	1 134	1 627
	Variation	(2,9 %)	18,9 %	(2,1 %)	(3,0 %)	(1,2 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 820 331	35 387	2 855 718	1 558	2 137
	2015-16	2 783 542	29 288	2 812 829	1 536	2 087
	2016-17	2 801 510	34 546	2 836 056	1 545	2 121
	2017-18	2 407 188	36 559	2 443 747	1 325	1 861
	Variation	(14,6 %)	3,3 %	(14,4 %)	(15,0 %)	(12,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	745 946	7 654	753 601	379	557
	2015-16	743 701	4 503	748 204	377	562
	2016-17	862 722	8 690	871 412	437	696
	2017-18	968 000	7 172	975 173	490	721
	Variation	29,8 %	(6,3 %)	29,4 %	29,2 %	29,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 307	1	10 308	6	38
	2015-16	6 182	19	6 201	3	24
	2016-17	7 231	1	7 232	4	27
	2017-18	7 186	0	7 186	4	29
	Variation	(30,3 %)	(100,0 %)	(30,3 %)	(29,0 %)	(23,7 %)
Total du personnel	2014-15	7 014 643	132 512	7 147 155	3 798	5 150
	2015-16	6 955 822	101 152	7 056 975	3 760	5 101
	2016-17	7 014 116	130 072	7 144 188	3 787	5 173
	2017-18	6 681 182	147 346	6 828 528	3 598	5 024
	Variation	(4,8 %)	11,2 %	(4,5 %)	(5,3 %)	(2,4 %)

Nous constatons une baisse des heures rémunérées supérieure à la cible pour l'ensemble du personnel de l'établissement. L'ensemble des sous-catégories d'emploi déterminées par le SCT ont respecté la cible à l'exception de la catégorie « Ouvriers, personne d'entretien et de service ». La hausse de cette catégorie peut s'expliquer par l'ouverture d'un nouveau bâtiment augmentant ainsi la superficie totale devant être entretenue.

8 LES RESSOURCES FINANCIÈRES

RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	473 992 \$	0,14%	429 648 \$	0,12%
Services généraux- activités cliniques et d'aide	29 388 \$	0,01%	207 736 \$	0,06%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2 825 303 \$	0,84%	2 702 069 \$	0,73%
Déficiences physique	22 828 646 \$	6,77%	22 259 472 \$	6,02%
Déficiences intellectuelle et TSA	- \$	0,00%	- \$	0,00%
Jeunes en difficulté	743 049 \$	0,22%	813 235 \$	0,22%
Dépendances	- \$	0,00%	- \$	0,00%
Santé mentale	4 532 300 \$	1,34%	4 365 572 \$	1,18%
Santé physique	212 570 178 \$	63,04%	253 556 246 \$	68,55%
Programme soutien				
Administration	28 361 890 \$	8,41%	23 965 051 \$	6,48%
Soutien aux services	27 334 112 \$	8,11%	28 138 437 \$	7,61%
Gestion des bâtiments et des équipements	37 498 873 \$	11,12%	33 428 918 \$	9,04%
TOTAL	337 197 731 \$	100%	369 866 384 \$	100%

Note : le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CHU Sainte-Justine

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le résultat total des opérations du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisations indique un surplus de 1 805 057 \$.

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation se solde à 969 965 \$ et celui du fonds d'immobilisations à 835 092 \$.

L'établissement a donc respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et de ne pas encourir de déficit en fin d'exercice tel que prescrit par les articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001).

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation se répartit comme suit :

	\$
Déficit activités principales	(806 452)
Surplus activités accessoires	1 776 417
Surplus total du fonds d'exploitation	969 965

Le surplus des activités accessoires se détaille comme suit :

	\$
Surplus activités de recherche	663 000
Surplus exploitation du parc de stationnement	745 403
Surplus autres activités accessoires	368 014
Surplus total activités accessoires	1 776 417

Le surplus de 663 000 \$ des activités de recherche résulte de la matérialisation des mesures du plan de redressement budgétaire adopté par le conseil d'administration le 9 août 2016. Ce plan a pour but de résorber le déficit cumulé de 10 063 000 \$ au 31 mars 2016 engendré par des projets de recherche non couverts par une entente. Du déficit cumulé de 10 063 000 \$ au 31 mars 2016, un montant 9 163 000 \$ a été résorbé. Le solde de 900 000 \$ se matérialisera sur les trois prochaines années. À cet effet, une entente de versement a été conclue le 11 avril 2017. Le dernier versement relatif à cette entente est prévu en mars 2021.

Rapport annuel de gestion - LGCE/Contrats de services => 25 000 \$	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	29	1 025 199 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	171	43 405 930 \$
Total des contrats de services	200	44 431 129 \$

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

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

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

9 L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPEN- DANT

Nom de l'établissement
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE

Code
1269-4659

Page
140-00

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX- XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591 \$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 796 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 576 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 963 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.	2013-2014	R	Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile. Les contrats se terminent le 15 octobre 2018.		PR	
Des réserves figurent au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures et concernant également les débiteurs et revenus des activités de recherche	2015-2016	R	Pour les contrats conclus avec la Société québécoise des infrastructures, aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS. Pour les débiteurs et revenus des activités de recherche, les mesures prévues au plan de redressement sont réalisées en fonction de l'échéancier établi.		PR	

Une réserve figure au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures. Ces contrats sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2016-2017 et 2017-2018	R	Aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591 \$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 796 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 576\$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 963 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.	2013-2014	C	Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile. Les contrats se terminent le 15 octobre 2018.		PR	
L'établissement a encouru un déficit au montant de 719 729 \$, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2016-2017	C	Le déficit 2016-2017 n'a pas été résorbé. L'établissement a reçu un rehaussement budgétaire pour l'exercice 2017-2018.			NR

Les frais reportés liés aux dettes devraient être présentés à l'encontre de la dette et non à titre d'actif. Une réserve figure au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures.	2016-2017	C	Pour ces deux commentaires aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS.			NR
La méthode d'amortissement des acquisitions de l'année de l'établissement diverge de la méthode prescrite selon le manuel de gestion financière annexe 1F paragraphe 83.	2017-2018	C	Bien que la méthode d'amortissement utilisée soit la méthode d'amortissement de la demi-année pour l'année d'acquisition avait été discutée et acceptée par nos auditeurs précédents et aussi utilisée par le MSSS lors de l'introduction de l'amortissement dans le réseau de la santé, l'établissement va modifier sa méthode d'amortissement pour la méthode de calcul linéaire le mois suivant la date d'acquisition.			NR
Le budget n'a pas été approuvé par le conseil d'administration et n'a pas été communiqué au ministre, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire, articles 6 et 7.	2017-2018	C	Aucune mesure.			NR
Selon le Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, les frais reportés liés aux dettes devraient être présentés à l'encontre de la dette et non à titre d'actif. Cette présentation fut prescrite par le manuel de gestion financière. De plus, selon le Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, l'effet net de l'opération de restructuration doit être présenté en tant qu'élément distinct de revenus ou de charges dans l'état des résultats. Une réserve figure au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures.	2017-2018	C	Aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS.			NR
Rapport à la gouvernance						
La version de la base de données Oracle (9) pour les applications GRF	2014-2015	O	Le serveur GRF-GRM a été rehaussé vers la version Oracle	R		

et GRM n'est plus supportée.	2015-2016		11.			
L'approbation pour un changement mineur réalisé dans la période pour GRM n'a pas été conservée. L'Établissement devrait conserver la documentation importante ayant trait à la gestion des changements, notamment pour des changements majeurs tels que des changements d'applications qui pourraient avoir lieu dans les prochaines années.	2016-2017	O	Habituellement la documentation est conservée. La documentation pour ce changement mineur a été détruite suite à un problème technique de sauvegarde de courriels.	R		
Le fournisseur Logibec accède aux applications GRF, GRM ou GRH-Paie et à leurs bases de données avec leurs accès privilégiés sans obtenir systématiquement l'approbation des pilotes via un billet dans le système de billetterie, Omnitracker. Les privilèges d'accès des fournisseurs du CHU Sainte-Justine devraient être restreints afin de réduire le risque d'accès non autorisés. L'Établissement devrait fermer l'accès réseau présentement accessible en tout temps par le fournisseur Logibec. Une demande formelle d'accès au réseau du CHU Sainte-Justine par Logibec devrait être systématiquement approuvée par les pilotes d'applications dans son système de billetterie, Omnitracker.	2016-2017	O	L'Établissement a fermé l'accès réseau au fournisseur Logibec le 19 mai 2017. Une demande formelle d'accès au réseau du CHU Sainte-Justine par Logibec devra être systématiquement approuvée par les pilotes d'applications. Une demande dans l'application de billetterie Omnitracker devra s'y trouver.	R		
<u>Vérificateur général du Québec</u> Projets de recherche – Utilisation de la comptabilité de caisse.	2016-2017	R	La comptabilisation est maintenant effectuée selon la comptabilité d'exercice.	R		
<u>Vérificateur général du Québec</u> Projets de recherche – Surplus de projets terminés inscrits dans les revenus reportés sans justificatifs.	2016-2017	R	Nous n'avons pas de revenus reportés en lien avec des projets de recherche terminés sans justificatifs.	R		
Au cours de notre vérification, le suivi des connexions de Logibec aux applications de l'entité n'ont pas été effectué tout au long de l'année. De plus, certains billets d'approbation de connexion n'ont pas été documentés. Par conséquent, Logibec pourrait se connecter aux applications de l'entité	2017-2018	O	La journalisation a été remise en fonction par le fournisseur. En ce qui concerne les billets d'approbation, une demande formelle d'accès au réseau du CHU Sainte-Justine par Logibec devra être systématiquement approuvée par les pilotes d'applications. Une demande		PR	

sans approbation et affecter les données et le fonctionnement des applications. Il est recommandé de mettre en place un système de suivi de connexions effectif durant la période entière. De plus, il est recommandé de mettre en place un processus formel d'approbations des connexions de Logibec.			dans l'application de billetterie Omnitacker devra s'y trouver. Un processus de contrôle interne sera mis en place.			
Au cours de notre vérification, nous avons noté que les accès au système GRH – Paie des employés ayant quitté n'ont pas été révoqués dans les délais requis. Par conséquent, un employé ayant quitté pourrait toujours avoir accès à l'application de la société et affecté l'intégralité des données. Il est recommandé de mettre en place un processus de gestion des accès formel qui permet d'enlever les accès aux applications dans des délais raisonnables, c'est-à-dire cinq jours pour un employé ayant quitté volontairement et le jour-même pour un employé congédié.	2017-2018	O	Une analyse du processus sera effectuée afin d'identifier les différents cas de figure dans le but de resserrer le processus et éviter les délais pour la désactivation des comptes.			NR
Lors de notre vérification, nous avons noté qu'une revue des accès des utilisateurs Windows n'a pas été effectuée pour un mois sélectionné. Par conséquent, un utilisateur pourrait conserver des accès qui ne relèvent pas de ces responsabilités. Il est recommandé de mettre en place un processus de revue des accès mensuel pour les comptes à haut privilèges.	2017-2018	O	Il s'agit d'une erreur humaine pour le mois de novembre. La problématique est déjà résolue.	R		

ANNEXE 1



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

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

SECTION 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Préambule

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

1.2. Objectifs généraux

Le présent Code a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Néanmoins, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.

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

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

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

1.3. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30) et le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

1.4. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

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

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Conseil d'administration : conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, tel que défini par l'article 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, c. O-7.2) et le décret numéro 785-2015 du 2 septembre 2015 du Gouvernement du Québec;

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

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

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à un administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les autres administrateurs.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).

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

Personne indépendante¹ : Tel que défini à l'article 131 de la LSSSS, une personne se qualifie comme indépendante, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances².

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

1.5. Champ d'application

Tout administrateur est assujéti aux règles du présent Code.

1.6. Entrée en vigueur, application et révision

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

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

² BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

1.7. Diffusion

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

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

2.1. Principes d'éthique

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

En plus, de ces principes éthiques, le l'administrateur doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission de l'établissement et au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

2.2. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont la violation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités à l'article 3 du présent Code. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent aux administrateurs ce qui est prescrit et proscrit.

Ainsi, l'administrateur doit notamment :

2.3. Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'esprit de collaboration.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.
- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

2.4. Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve et de solidarité à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

2.5. Impartialité

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

2.6. Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les administrateurs, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

2.7. Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.

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

2.8. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.9. Relations publiques

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

2.10. Charge publique

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

2.11. Biens et services de l'établissement

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

2.12. Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque

d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

2.13. Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.
- S'abstenir de toute activité de lobbysme au sens de la *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).
- S'abstenir d'exercer toute autorité individuelle sur quelque dirigeant ou employé de l'établissement.
- S'abstenir d'entraver de quelque façon que ce soit le comité d'examen *ad hoc*

SECTION 3. – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1.** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 3.2.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, l'administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres administrateurs.
- 3.3.** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 3.4.** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts financiers qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts de l'administrateur* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 3.5.** L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V du présent Code.

- 3.6. L'administrateur qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 3.7. La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.
- 3.8. Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au président-directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe VI du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le président-directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité d'examen *ad hoc*.

SECTION 4. – APPLICATION

4.1. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie

Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire le formulaire *Engagement et affirmation de l'administrateur* de l'annexe I. Tout nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. Cet engagement devra également être renouvelé annuellement par tous les administrateurs.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

4.2. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des administrateurs;
- c) informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les administrateurs sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

4.3. Comité d'examen *ad hoc*

- 4.3.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de d'administrateurs ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 4.3.2. Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 4.3.3. Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.
- 4.3.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 4.3.5. Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

4.4. Processus disciplinaire

- 4.4.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 4.4.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 4.4.3. Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 4.4.4. L'administrateur est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la

personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, l'administrateur concerné ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

- 4.4.5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 4.4.6. Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 4.4.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 4.4.8. Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 4.4.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 4.4.10. Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.4.11. Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de

le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

4.4.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Le conseil d'administration peut également recommander à l'administrateur concerné de suivre une formation sur l'éthique et la déontologie. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

4.5. Notion d'indépendance

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

4.6. Obligations en fin du mandat

L'administrateur doit, après la fin de son mandat :

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation de l'administrateur

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare avoir pris
connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
unique CHUM-CHU Sainte-Justine, adopté par le conseil d'administration le
_____ [date d'adoption], en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par
chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part
envers le CHUM et le CHU Sainte-Justine.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au
meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en
exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération
quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la
rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je
m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun
renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice
de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____ [prénom et nom en lettres moulées], pris
connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil
d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date {aaaa-mm-jj}

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine due aux faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts de l'administrateur

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare les éléments
suivants :

1. Intérêts financiers

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts financiers, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- ☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- ☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration unique CHUM-CHU
Sainte-Justine, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts financiers

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts financiers, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- ☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- ☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], estime que l’administrateur suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

Signature

Date {aaaa-mm-jj}

Lieu

