

Rapport annuel de gestion

CHU de Québec-Université Laval



2018-2019

Juin 2019

Table des matières

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration.....	1
Déclaration de fiabilité de l'établissement	3
Présentation de l'établissement	4
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil.....	4
Statistiques opérationnelles	5
Nos orientations stratégiques.....	7
Les programmes et les services offerts	8
L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval	12
La recherche au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.....	15
L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	17
Don d'organes et de tissus humains	18
Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale	19
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec.....	20
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2019	21
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	22
Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval.....	24
Les membres du conseil d'administration.....	25
Les comités conseils et instances consultatives.....	27
Activités de l'établissement (faits saillants)	53
Principaux projets de développement immobilier au CHU.....	67
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	70
Chapitre III – Attentes spécifiques	70
Chapitre IV – Engagements annuels	73
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services	87
L'agrément.....	87
Suivis apportés aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport	87
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	87
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents	87
La nature des principaux types d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance	88
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de gestion des risques, des incidents et des accidents.....	88
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance , prévention et contrôle des infections nosocomiales.....	89
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers.....	89
Les mesures mises en place par l'établissement ou par son comité de vigilance et de la qualité.....	91
Commissaire aux plaintes – recommandations adressées à l'établissement	91
Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement.....	92
Coroner – recommandations adressées à l'établissement	92
Autres recommandations adressées à l'établissement	92
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier).....	93
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	94
Application de la politique concernant les soins de fin de vie	96
Les ressources humaines – gestion et contrôle des effectifs au 31 mars 2019	97
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2019	99
Les ressources financières	100
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-services	100
L'équilibre budgétaire	101

Les contrats de service	102
État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	103
La divulgation des actes répréhensibles	110
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	111
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	111

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration



M. Gaston Bédard
Président du Conseil



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

Dans son rapport de l'année dernière, le CHU de Québec-Université Laval (CHU) a signifié sa volonté de poursuivre ce qu'il avait entamé en 2017-2018 et de consolider ses acquis. Cependant, force est de constater que, une fois de plus, plusieurs événements sont venus ponctuer le cours des choses.

Parmi les changements que ces événements ont amenés, nous ne saurions passer sous silence le départ de Madame Gertrude Bourdon, en août dernier, à titre de présidente-directrice générale du CHU. Elle nous a légué une organisation en très bonne santé et l'a fait progresser sur plusieurs fronts. Pendant son mandat, elle a notamment opéré la fusion des anciens CHA et CHUQ, elle a démarré le projet du nouveau complexe hospitalier, a mis en place les ajustements nécessaires afin d'augmenter la performance de nos blocs opératoires et a procédé à une réorganisation clinique, le tout au bénéfice de nos patients. C'est Madame Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe, qui a assuré l'intérim avec brio jusqu'à l'arrivée en poste du nouveau président-directeur général du CHU le 21 janvier 2019. Nous tenons d'ailleurs à la remercier pour son professionnalisme et l'excellence de son travail.

Pour l'année 2019-2020, le conseil d'administration et le comité de direction ont décidé de se concentrer sur quatre grandes priorités, qui sont en lien direct avec les quatre grandes valeurs du CHU, soit l'humanisme, l'excellence, l'innovation et la collaboration. Ces quatre priorités sont l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'accès aux soins pour les patients, la mise en place de meilleures pratiques au quotidien ainsi que la finalisation de la plateforme clinico-logistique et, sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, du Centre intégré de cancérologie du nouveau complexe hospitalier.

Mais avant de poursuivre ces projets, nous devons faire le bilan de ce que nous avons réalisé au cours de la dernière année. Ce bilan est rempli de résultats qui s'inscrivent dans nos orientations stratégiques et dont nous sommes fiers. Voici un aperçu de ces réalisations dont la liste complète est présentée dans la section des faits saillants.

Prioriser l'expérience patient

Au cours de la dernière année, de grands efforts ont été faits afin d'améliorer l'expérience patient. Parmi ces efforts, plusieurs concernent l'accès aux services pour nos patients. Ainsi, la prise de rendez-vous a grandement été simplifiée, notamment grâce au centre de répartition des demandes de service qui s'est enrichi de 17 spécialités et à l'ouverture du centre de rendez-vous en gastroentérologie.

Certains services ont également été améliorés, dont celui de la neurochirurgie pédiatrique qui, maintenant dans la phase 2 de son déploiement, a permis de réaliser près de 60 chirurgies complexes. Rappelons qu'avant le déploiement de ce service, les enfants nécessitant des soins de neurochirurgie devaient se rendre à l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale pour être traités. Maintenant, grâce à ce programme, la clientèle pédiatrique peut recevoir des soins plus rapidement lors d'une situation critique durant laquelle les secondes sont comptées. Notons également que c'est le premier programme de ce type sur le territoire du RUIS-Laval, lequel est couvert par le CHU.

Parmi les autres améliorations notables de 2018-2019, mentionnons l'unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau qui a accueilli ses premiers patients en novembre 2018 et le programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés qui a été implanté dans un deuxième hôpital du CHU, soit à l'Hôpital Saint-François d'Assise.

Atteindre les plus hauts standards de qualité

Dans tous ses domaines d'activité, le CHU s'engage à offrir des soins sécuritaires et de qualité à ses usagers. Pour y parvenir, ses équipes n'ont pas peur d'innover et de repousser les limites du savoir. Pendant la dernière année, trois innovations majeures ont ainsi fait une grande différence dans la vie de plusieurs personnes. Ainsi, la mise au point d'une méthode de reconstruction des greffons de peau pour les grands brûlés a été une première mondiale, alors que l'activation des implants cochléaires dès le lendemain de la chirurgie a constitué une première nord-américaine.

Enfin, la greffe d'une lentille télescopique chez une patiente atteinte de dégénérescence maculaire a été une première canadienne.

Se distinguer parmi les meilleurs

Encore une fois cette année, les acteurs et les équipes du CHU ont remporté de nombreux prix et distinctions, et ce, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. L'équipe de la Direction de la performance clinique et organisationnelle s'est également illustrée en établissant les bases du calcul du coût par parcours de soins. De plus, la préparation au Sommet du G7 a été l'occasion de revoir la pertinence et l'efficacité de nos pratiques organisationnelles, tandis que le chantier de la pertinence clinique poursuit ses travaux en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UÉTMI).

Notons également que le CHU s'est distingué sur les scènes canadienne et internationale alors que trois de ses hôpitaux ont été désignés parmi les meilleurs au monde, selon le magazine américain *Newsweek*. En effet, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le CHUL et l'Hôpital du Saint-Sacrement se sont classés parmi les 1 000 meilleurs hôpitaux à travers le monde, et parmi les 75 meilleurs hôpitaux au Canada, selon le palmarès. Le score obtenu par chaque hôpital repose à la fois sur l'évaluation des 10 000 professionnels de la santé sondés, sur l'évaluation de patients de même que sur des indicateurs de performance basés notamment sur la qualité des traitements offerts et les mesures d'hygiène.

Construire un véritable CHU

Tout en continuant à offrir des soins spécialisés et surspécialisés de grande qualité, à améliorer l'accès aux soins et à améliorer nos pratiques, nous poursuivons la construction du nouveau complexe hospitalier. Celui-ci devient de plus en plus concret : les déménagements, les démolitions et les constructions prennent forme sur le site du futur complexe hospitalier, tandis que la plateforme clinico-logistique, regroupant les services de pharmacie, alimentaire et d'entreposage, de reprographie et de distribution de fournitures pour les cinq hôpitaux du CHU est présentement en construction et sera en fonction dès le début de l'année 2020.

Ces quelques exemples ne donnent pas la juste mesure de tout ce qui est accompli chaque semaine et chaque mois par les équipes du CHU. Gens de cœur et de talent, nos infirmières, préposés, médecins, chercheurs, professionnels de la santé, gens de métier, employés administratifs, gestionnaires et bénévoles donnent le meilleur d'eux-mêmes chaque jour pour nos patients. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour cette passion qui les anime et qui leur fait réaliser de grandes choses.

Nous tenons également à remercier nos partenaires, et plus particulièrement la Fondation du CHU de Québec, qui œuvrent jour après jour à nos côtés pour l'avancement des soins et de la recherche, dans le respect de nos valeurs et de nos missions.



Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



Martin Beaumont
Président-directeur général

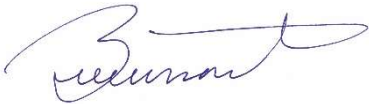
Déclaration de fiabilité de l'établissement

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CHU de Québec-Université Laval :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Beaumont', with a stylized flourish at the end.

Martin Beaumont,
Président-directeur général

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

Année 2018-2019

Nos missions :

Soins et services
Enseignement
Recherche
Évaluation



Soins et services

 **5** hôpitaux

 Centre hospitalier de
CHUL l'Université Laval

 Hôpital de
HEJ l'Enfant-Jésus

 Hôpital du
HSS Saint-Sacrement

 Hôpital
HSFA Saint-François d'Assise

 L'Hôtel-Dieu de Québec
L'HDQ



1 263
lits dressés

Enseignement

228 000
jours de stage

L'équivalent d'une école de
900 personnes à temps plein

Recherche

Financement total
101,6 M\$

Plus important centre
francophone en santé en
Amérique du Nord
Cote « **Exceptionnel** » du Fonds
de recherche du Québec - Santé

Évaluation

13
nouvelles évaluations

Plus d'une centaine de
rapports depuis 2006

Le personnel

12 740 employés

1 459 médecins, dentistes et pharmaciens

850 étudiants aux cycles supérieurs

422 bénévoles

343 chercheurs réguliers et associés au
Centre de recherche du CHU (CRCHU)

169 chercheurs affiliés et honoraires



Territoire desservi



Est du Québec et
nord-ouest du
Nouveau-Brunswick



Population de
2 millions

40 000

équipements médicaux spécialisés
Dont la valeur s'élève à 230 M\$

446 741 mètres²

Total des superficies à entretenir

Chaque jour, au CHU de Québec-Université Laval

Soins aux patients



648 visites dans ses urgences, dont 156 arrivent en ambulance
dont **87** sont hospitalisés

Comparatif annuel

■ Année 2018-2019

■ Année 2017-2018

236 612 · 240 022

visites annuelles

31 660 · 31 136

patients admis par l'urgence

Hospitalisation



1 168 personnes sont hospitalisées, dont **63** en pédiatrie

426 383 · 420 671

personnes hospitalisées, dont

23 093 · 22 210

en pédiatrie



182 personnes sont admises dans les hôpitaux

66 490 · 67 044

personnes admises



20 accouchements

53 nouveaux-nés reçoivent des soins spécialisés

7 434 · 7 512

accouchements

19 289 · 17 846

nouveaux-nés reçoivent des soins spécialisés

Ambulatoires



reçoit **2 185** visites dans ses cliniques externes spécialisées, dont
1 815 adultes et **370** enfants

541 849 · 552 782

visites dans ses cliniques externes spécialisées dont

450 163 · 464 429 adultes et

91 686 · 88 353 enfants



243 patients dans ses blocs opératoires dont **146** patients de chirurgie d'un jour

216 nouvelles requêtes pour des chirurgies électives

60 305 · 60 494

patients dans ses blocs opératoires ;

36 137 · 35 397

patients en chirurgie d'un jour

53 533 · 52 034

nouvelles requêtes traitées pour des chirurgies électives



427 patients en médecine de jour et hôpital de jour

105 974 · 105 913

patients en médecine de jour et hôpital de jour

Chaque jour, au CHU de Québec-Université Laval

Examens et traitements



263 examens en endoscopie



17 mises en traitement en radio-oncologie



151 traitements en hémato-oncologie



314 traitements en hémodialyse sous toutes ses formes

Comparatif annuel

■ Année 2018-2019

■ Année 2017-2018

65 306 · 64 841
examens en endoscopie

4 151 · 4 091
mises en traitement en radio-oncologie

37 552 · 36 987
traitements en hémato-oncologie

77 978 · 75 922
traitements en hémodialyse sous toutes ses formes

Procédures



2 641 procédures d'imagerie médicale



59 315 procédures de laboratoire



9 343 ordonnances de médicaments



1 219 retraitements d'instruments médicaux



8 882 repas préparés et servis



43 personnes hébergées dans son service d'hôtellerie

655 012 · 653 069
procédures d'imagerie médicale

21 649 951 · 21 953 893
procédures de laboratoire

3 410 316 · 3 502 490
ordonnances de médicaments

444 827 · 442 957
retraitements d'instruments médicaux

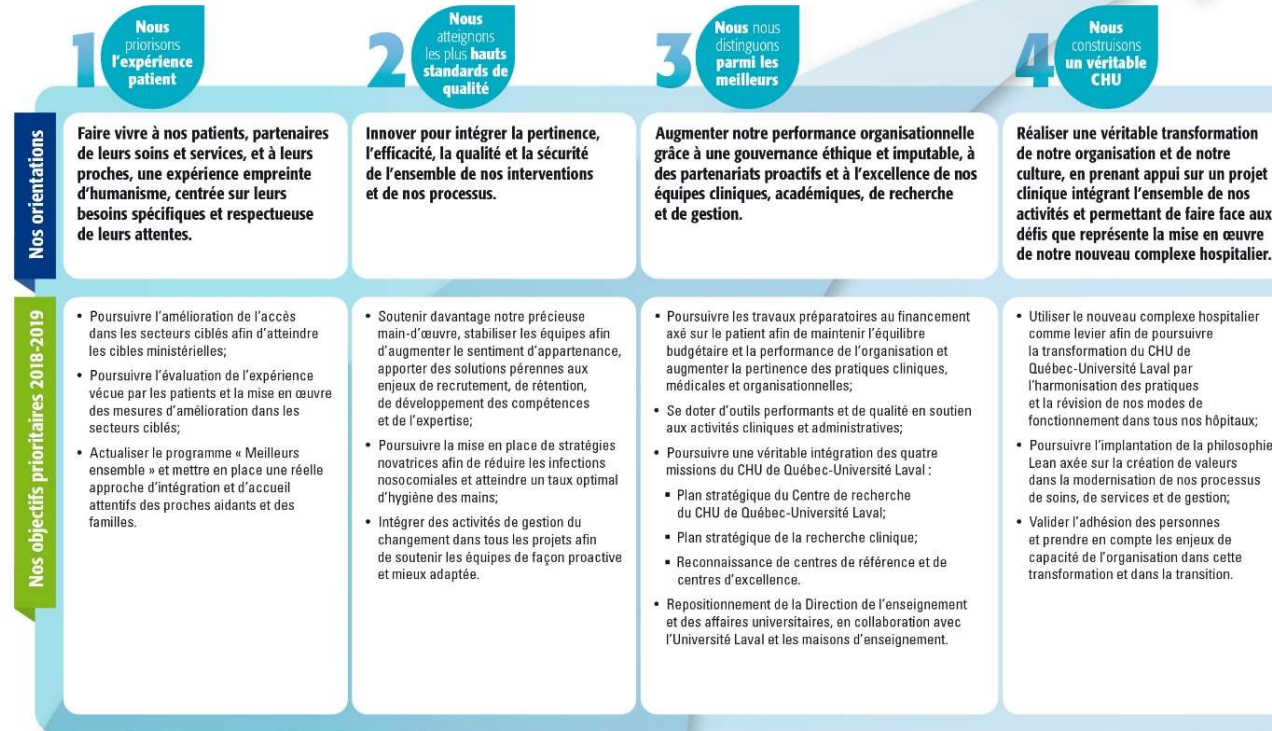
3 242 086 · 3 259 999
repas

15 652 · 16 289
personnes dans son service d'hôtellerie

Nos orientations stratégiques

Notre planification stratégique 2014-2020

et nos objectifs prioritaires 2018-2019



Notre vision



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

8 dimensions de l'expérience patient :

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

8 dimensions de la qualité selon Agrément Canada :

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

3 composantes du modèle de gouvernance clinique :

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

10 dimensions lean :

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

Notre mission

Soins
Enseignement
Recherche
Évaluation

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

Nos valeurs

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

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

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

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

CHU
de Québec
Université Laval

Les programmes et les services offerts

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

Site	Services offerts en 2018
CHUL – Centre hospitalier de l'Université Laval	CHUL – Centre mère-enfant Soleil (CMES) - Centre de référence tertiaire pour le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL) en santé de la mère et de l'enfant : ▪ Cardiologie pédiatrique et fœtale ▪ Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique ▪ Centre des malformations orofaciales ▪ Chirurgie cardiaque pédiatrique ▪ Chirurgie orthopédique pédiatrique ▪ Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique ▪ Dermatologie pédiatrique ▪ Diabétologie pédiatrique ▪ Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques ▪ Endocrinologie pédiatrique ▪ Gastroentérologie pédiatrique ▪ Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique ▪ Gynécologie et obstétrique ▪ Gynécologie pédiatrique ▪ Hémato-oncologie pédiatrique ▪ Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique ▪ Immunologie-allergie pédiatrique ▪ Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique ▪ Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique ▪ Maladies lipidiques pédiatriques, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine de l'adolescence ▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique ▪ Médecine obstétricale ▪ Médecine sociojuridique/protection de l'enfance ▪ Néonatalogie ▪ Néphrologie pédiatrique ▪ Neurochirurgie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique ▪ Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring ▪ Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée ▪ ORL – audiology : ancrage osseux ▪ ORL pédiatrique ▪ Orthopédie infantile et pédiatrique ▪ Pédiatrie ▪ Physiatrie et réadaptation pédiatrique ▪ Planification des naissances ▪ Pneumologie pédiatrique, incluant le programme de fibrose kystique ▪ Pouponnière ▪ Procréation médicalement assistée

Site	Services offerts en 2018
	▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques ▪ Rhumatologie pédiatrique ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs pédiatriques ▪ Transport néonatal provincial ▪ Urgence pédiatrique ▪ Urologie pédiatrique CHUL – Volet adulte ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ▪ Chirurgie générale ▪ Dermatologie ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hémodynamie ▪ Immunologie-allergie ▪ Infectiologie ▪ Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine dentaire ▪ Médecine interne ▪ Orthopédie ▪ Rhumatologie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence adulte ▪ Urologie (hormonothérapie)
Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)	▪ Aphérèse ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est-du-Québec (CEBMEQ) ▪ Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec (CEVBGEQ) ▪ Centre de référence en neurologie pour l'est du Québec ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre suprarégional de neurochirurgie ▪ Centre tertiaire AVC ▪ Centre tertiaire de traumatologie pour l'est du Québec ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Greffe de moelle osseuse ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Médecine interne

Site	Services offerts en 2018
	▪ ORL ▪ Orthopédie ▪ Physiatrie ▪ Pneumologie ▪ Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie (cystoscopie)
Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)	▪ Banque d'yeux ▪ Cardiologie ▪ Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein – Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ▪ Centre de rhinosinusologie ▪ Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia ▪ Centre suprarégional et surspécialisé en rhinosinusologie ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Dermatologie ▪ Gastroentérologie ▪ Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein ▪ Médecine interne ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Ophtalmologie (Centre universitaire d'ophtalmologie) ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Pneumologie ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urgence ophtalmologique
L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ)	▪ Aphérèse ▪ Cardiologie ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie hépatobiliaire ▪ Chirurgie orthopédique oncologique ▪ Chirurgie plastique ▪ Chirurgie vasculaire et thoracique ▪ Dentisterie oncologique ▪ Dermatologie/chirurgie de Mohs ▪ Endocrinologie ▪ Épithésie ▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale ▪ Gastroentérologie

Site	Services offerts en 2018
	▪ Greffe de moelle osseuse ▪ Gynécologie oncologique ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Hémodynamie ▪ Infectiologie ▪ Médecine interne ▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) ▪ Neurologie ▪ Nutrition parentérale à domicile ▪ ORL ▪ Pneumologie ▪ Programme de soutien aux laryngectomisés – aide à la communication (SAL-PAC) pour tout l'est du Québec ▪ Radio-oncologie ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie oncologique
Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA)	▪ Cardiologie ▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale ▪ Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie gynécologique ▪ Chirurgie vasculaire ▪ Gastroentérologie ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne ▪ Obstétrique ▪ Orthopédie ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Planification des naissances ▪ Pouponnière ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie

L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval

À titre de pôle majeur d'enseignement au Québec, le CHU offre des occasions uniques en raison de ses missions, de la variété des pathologies traitées, du volume d'activités ainsi que de la qualité et du dynamisme des professionnels en place. Chef-lieu de la majorité des programmes en sciences de la santé de l'Université Laval, le CHU entretient également des liens étroits avec plusieurs collèges et commissions scolaires.

L'ampleur des activités d'enseignement du CHU est telle qu'elle représente en moyenne l'équivalent d'une école de près de 900 étudiants la fréquentant chaque jour.

L'ENSEIGNEMENT AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

	JOURS-STAGE	
	TOTAL	ETC. ¹
PROGRAMMES DE FORMATION UNIVERSITAIRE		
Médecine		
Introduction à l'externat	276,0	1,1
Externat	40234,0	154,7
Résidence	106880,0	411,1
Formation complémentaire (moniteur clinique)	1620,0	6,2
Total	147390,0	566,9

Médecine dentaire		
Stagiaire en médecine dentaire (4 ^e année)	96,5	0,4
Résidence en médecine dentaire multidisciplinaire	190,0	0,7
Résidence en gérodentologie	0,0	0,0
Résidence en parodontie	0,0	0,0
Résidence en chirurgie buccale et maxillo-faciale	2300,0	8,8
Total	2586,5	9,9

Pharmacie		
Stagiaire (pharmD)	3764,0	14,5
Résidence en pharmacothérapie avancée	1080,0	4,2
Total	4844,0	18,6

L'ENSEIGNEMENT AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL	JOURS-STAGE	
	TOTAL	ETC. ¹
Audiologie	37,0	0,1
Biochimie clinique	0,0	0,0
Ergothérapie	882,0	3,4
Kinésiologie	28,0	0,1
Nutrition	2823,0	10,9
Orthophonie	259,0	1,0
Physiothérapie	1485,0	5,7
Psychologie	2822,0	10,9
Sciences infirmières	7801,0	30,0
Service social	488,0	1,9
Autres disciplines universitaires ²	246,0	0,9
Total	16871,0	64,9
TOTAL PROGRAMMES DE FORMATION UNIVERSITAIRE	171691,5	660,4

PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE		
Archives médicales	0,0	0,0
Soins infirmiers	29038,0	111,7
Technique de cytotechnologie	31,0	0,1
Technique de diététique	100,0	0,4
Technique d'éducation spécialisée	197,0	0,8
Technique d'électrophysiologie médicale	980,0	3,8
Technique d'inhalothérapie et de soins respiratoires	2899,5	11,2
Technique d'analyses biomédicales	2310,0	8,9
Technique de médecine nucléaire	34,0	0,1
Technique de radiodiagnostic	5432,0	20,9
Technique de radiothérapie	881,0	3,4
Technique de réadaptation physique	170,0	0,7
Technique de soins préhospitaliers d'urgence	290,0	1,1
Technique de stérilisation	732,0	2,8
Autres programmes de formation collégiale ³	359,0	1,4
TOTAL PROGRAMMES DE FORMATION COLLÉGIALE	43453,5	167,1

L'ENSEIGNEMENT AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

	JOURS-STAGE	
	TOTAL	ETC. ¹
PROGRAMMES DE FORMATION SECONDAIRE		
Santé, assistance et soins infirmiers	10305,0	39,6
Assistance technique en pharmacie	757,5	2,9
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	1351,0	5,2
Secrétariat - Secrétariat médical - Comptabilité	15,0	0,1
Hygiène et salubrité	60,0	0,2
Autres programmes de formation secondaire ⁴	354,0	1,4
TOTAL PROGRAMMES DE FORMATION SECONDAIRE	12842,5	49,4
GRAND TOTAL	227987,5	876,9

¹ Équivalent temps complet

² Autres programmes de formation universitaire (soins spirituels, relations industrielles, gestion)

³ Autres programmes de formation collégiale (approvisionnement, orthèse-prothèse, informatique)

⁴ Autres programmes de formation secondaire (machine de mécanique fixe, cuisine, photographie médicale)

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

Avec des revenus de recherche totalisant près de 102 M\$, le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval occupe toujours la première place au palmarès nord-américain de la recherche francophone en santé, selon la firme torontoise Research Infosource, qui compile annuellement les revenus de recherche de 40 hôpitaux canadiens. Ce financement nous a permis de poursuivre encore cette année notre quête d'innovation en santé, au service de la population. Les revenus de recherche comprennent les fonds qui appuient la recherche sous forme de subvention, de contribution ou de contrat. Au niveau canadien, le CRCHU conserve sa place au sein des dix premiers centres de recherche.

Cette position vient confirmer le rôle de leader du centre de recherche; qui s'est par ailleurs mérité, au printemps 2018, au terme d'une évaluation rigoureuse menée par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS), la cote « Exceptionnel ». L'attribution de cette cote est source de fierté et constitue une très belle démonstration de reconnaissance envers les chercheurs, les étudiants et les employés qui, par leur implication, font de notre établissement un exemple d'excellence.

Comptant sur l'apport de plus de 2 600 chercheurs, étudiants et employés, le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval est à l'origine d'importantes découvertes et collabore avec des chercheurs reconnus partout dans le monde. Les travaux qui en émanent favorisent la compréhension de maladies complexes, ainsi que le développement et l'application de nouveaux traitements.

Quelques exemples de récentes réalisations :

- conception d'un condom invisible pour les femmes, qui a fait l'objet d'un essai clinique auprès de 500 femmes;
- élaboration d'un outil qui simplifie la détection des premiers signes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences;
- réalisation d'un essai clinique sur la greffe de peau construite par génie tissulaire chez les grands brûlés, afin de permettre le traitement de patients n'ayant pas accès à l'autogreffe;
- découverte de 72 nouvelles variations génétiques qui augmentent le risque de développer un cancer du sein.

	2018-2019 ^a	2017-2018
NOMBRE DE CHERCHEURS		
Réguliers et associés	343	338
Affiliés et honoraires	169	169
Sous-total chercheurs	512	507
PERSONNEL		
Personnel administratif, professionnel de recherche, techniciens, infirmière de recherche, etc.	1 270	1 268
ÉTUDIANTS AUX CYCLES SUPÉRIEURS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	850	927
GRAND TOTAL PERSONNEL ASSOCIÉ À LA RECHERCHE	2 632	2 702
FINANCEMENT TOTAL		
Subventions; bourses; commandites, partenariats et contrats; budget de fonctionnement FRQS, Fonds de soutien à la recherche, etc.	101 626 724 \$	96 718 752 \$
PUBLICATIONS		
Articles dans les périodiques	1 090	1 183
Volumes ou chapitres de livre	57	84
TOTAL PUBLICATIONS	1 147	1 267

³ Données au 31 mars 2018 ; les données au 31 mars 2019 seront validées au cours de l'automne 2019. Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec 2017-2018*.

L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

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

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

Au cours de la dernière année, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a collaboré avec le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) à un projet de recherche sur l'expérience patient en lien avec la détresse et le deuil en contexte de don d'organes d'un proche décédé. L'UETMIS a également soutenu le Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique dans ses travaux, notamment par l'actualisation d'un outil de priorisation des interventions pertinentes en milieu hospitalier. Les travaux ont pour objectif d'évaluer et d'améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux prodigués dans l'établissement, avec la préoccupation de maintenir un haut niveau de qualité tout en permettant une allocation judicieuse des ressources.

Par ailleurs, l'UETMIS a collaboré avec le Comité d'introduction des pratiques innovantes, a réalisé des évaluations afin de soutenir la prise de décision dans l'avancement des travaux du nouveau complexe hospitalier et s'est aussi impliqué dans la relance de la table en Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval. Au cours de l'année l'UETMIS a produit 13 évaluations ainsi qu'une nouvelle version du guide méthodologique.

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

Don d'organes et de tissus humains

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

Statistiques don d'organes CHU de Québec-Université Laval	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Donneurs potentiels	119	112	94
Donneurs prélevés	28	41	24
- après décès neurologique	24	29	16
• après décès cardiocirculatoire	4	12	8
Organes prélevés	105	123	70

Après une année record en 2017-2018, le nombre de donneurs pour l'ensemble du Québec a connu une baisse significative en 2018-2019. Au CHU, 94 donneurs potentiels ont été identifiés, ce qui représente une baisse de 16 % du nombre de donneurs potentiels. Le nombre de donneurs à la suite d'un décès neurologique (DDN) est celui qui a le plus diminué. Malgré tout, les organes prélevés ont contribué à sauver ou à grandement améliorer la vie de 70 personnes.

Au regard de la performance du CHU concernant les recommandations à Héma-Québec pour les dons de tissus humains, 509 personnes y ont été référées et 101 donneurs de tissus ont été retenus pour les besoins des futurs greffés. L'objectif poursuivi en matière de performance dans ce domaine est d'obtenir au quotidien un volume suffisant de recommandations pour permettre à Héma-Québec de sélectionner le ou les donneurs qui répondront le mieux aux besoins des chirurgiens. Des actions d'amélioration continue sont prévues à cet égard pour améliorer la performance du programme au sein du CHU.

Sur la scène provinciale, l'organisation rayonne par sa pratique inspirante et par sa structure de gouvernance en matière de don d'organes et de tissus. Parmi les travaux réalisés, une trajectoire de don d'organes en contexte d'aide médicale à mourir a été mise en place et a permis de respecter les volontés de trois personnes qui en ont fait la demande. Par ailleurs, une étude multicentrique s'intéressant à l'expérience vécue par les proches des donneurs d'organes potentiels a été mise en place. Dans l'objectif d'augmenter le taux de recommandations aux organismes responsables, les efforts se poursuivent concernant la systématisation de la référence autant en termes de tissus que d'organes.

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

Priorités et principaux défis 2019-2020

- Poursuivre les activités cliniques et la recherche en dons d'organes et de tissus, conformément aux missions d'un CHU.
- Uniformiser la pratique entourant le maintien du donneur d'organes potentiels.
- Poursuivre le développement d'une culture en don d'organes et de tissus dans toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval.
- Systématiser la référence des donneurs potentiels d'organes et de tissus.
- Établir un modèle de rétroaction efficace pour les donneurs non identifiés.

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale

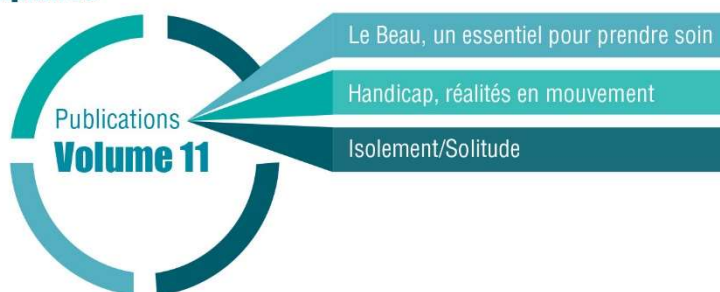


Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale (CSsanté) est le regroupement administratif des ressources humaines, financières et matérielles de tous les services de soins spirituels des établissements de santé et de services sociaux de la ville de Québec et de ses environs. Notre équipe, composée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

L'intégration d'un nouvel outil pour l'évaluation en soins spirituels a nécessité la révision du formulaire de rédaction de la note au dossier dans Ace-multi pour les intervenants en soins spirituels (ISS) du CHU de Québec-Université Laval et a permis d'initier un travail d'élaboration de formulaire sous le format d'un PDF dynamique pour les intervenants en soins spirituels (ISS) qui travaillent au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Nous avons complété la révision intradisciplinaire de l'offre de service pour la clientèle en hébergement et soins de longue durée et avons finalisé le recueil de rituels de fin de vie à caractère humaniste et chrétien destiné à l'usage des ISS du CSsanté. La compilation des résultats d'un questionnaire d'évaluation de l'expérience-patient en lien avec les services de soins spirituels du CHU de Québec-Université Laval a révélé que : les usagers estimaient à 80 % avoir reçu le service auquel ils s'attendaient; un nombre important de commentaires élogieux à l'endroit des ISS et du service, soulignant l'importance de celui-ci en contexte hospitalier; la nécessité de mieux faire connaître l'existence de ce service, sa nature et ses activités. Le 28 mars 2019, nous avons tenu une journée d'étude sur la note au dossier qui avait pour objectifs de présenter et de discuter les principales composantes de trois outils d'évaluation et de trois canevas pouvant guider la rédaction d'une note; de discuter de l'importance de la confidentialité, de l'interdisciplinarité et du consentement du patient; de faire le pont entre la saisie des unités de mesure et la rédaction de la note au dossier. Plus de 120 personnes provenant de 26 établissements de la province de Québec, du Nouveau-Brunswick et de la Suisse francophone ont participé à cette journée.

La revue Spiritualité Santé

2 500 exemplaires



Des démarches ont été entreprises pour faire migrer notre revue vers une version numérique qui nous permettrait de couvrir une plus vaste clientèle dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, mais aussi en Europe francophone.

Nous avons été sollicités pour participer en mai 2018 au congrès de l'Association québécoise des soins palliatifs, en octobre 2018 à un symposium sur la spiritualité dans le monde du soin qui se tenait à Lausanne en Suisse et en janvier 2019 à un colloque international sur la rédaction de la note au dossier en soins spirituels qui a eu lieu à Genève en Suisse.

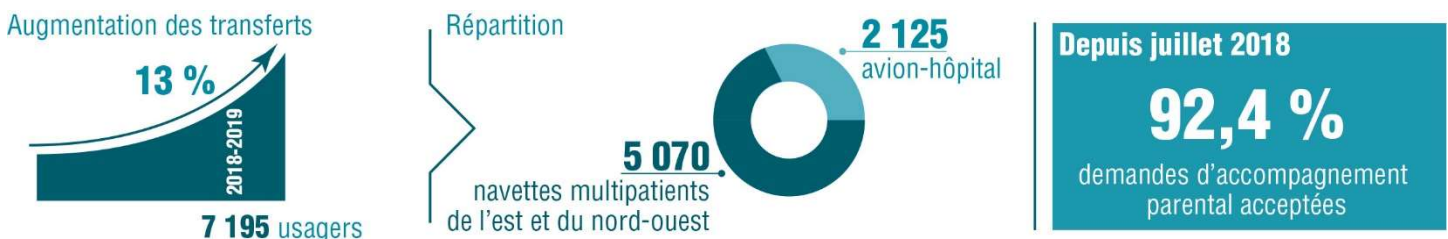
Pour nous permettre de gagner en efficience et en performance, nous nous sommes engagés à commencer l'intégration du système de gestion *lean* tout en l'ajustant aux besoins particuliers de notre regroupement.

Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec



« La véritable grandeur d'un homme ne se mesure pas aux moments où il est à son aise, mais lorsqu'il traverse une période de controverses et de défis. »

Depuis sa création en 1981, Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) a transporté plus de 100 000 usagers des régions éloignées comportant des conditions précaires et/ou urgentes. Nous sommes le seul programme aéromédical officiellement reconnu par le gouvernement du Québec. Nous nous employons, 24 heures sur 24, à fournir des prestations sécuritaires de haute qualité ainsi qu'à gérer les risques de manière consciente et structurée. Avant tout, notre mission est de briser l'isolement en assurant un accès aux soins spécialisés pour l'ensemble du territoire du Québec.



Depuis 38 ans, EVAQ a su démontrer l'impact que représente le transport aéromédical dans le réseau de la santé de par l'avancement de la qualité des soins.

Nous sommes convaincus que stagner, c'est régresser. Nous croyons aussi que les progrès de la médecine et les avancées technologiques doivent bénéficier à nos patients et aux centres référents. Outre d'importants rehaussements des outils de travail informatisés pour la centrale de coordination à venir au cours de l'année 2019, nous avons initié le renouvellement des respirateurs mécaniques, mis en place notre politique d'accompagnement parental et avons revu les procédures de prise en charge de la clientèle en santé mentale et gériatrique afin d'assurer un transport plus sécuritaire.

Au cours de la dernière année, notre service s'est enrichi de l'expertise de monsieur Pierre Fradette, nouveau chef de secteur. Nous avons poursuivi notre mission d'enseignement auprès de 12 résidents (R1-R4), 10 externes et 2 infirmières de soins critiques. De plus, nous avons procédé à un recrutement intensif de médecins. Nous prévoyons qu'une dizaine d'entre eux pourront rejoindre l'équipe d'EVAQ avant la fin de 2019. Nous encourageons nos membres à effectuer plusieurs formations médicales et pour le transport aéromédical. Par ailleurs, des médecins d'EVAQ ont initié une étude rétrospective sur la clientèle de cardiologie transférée par l'avion-hôpital d'EVAQ entre 2015-2019.

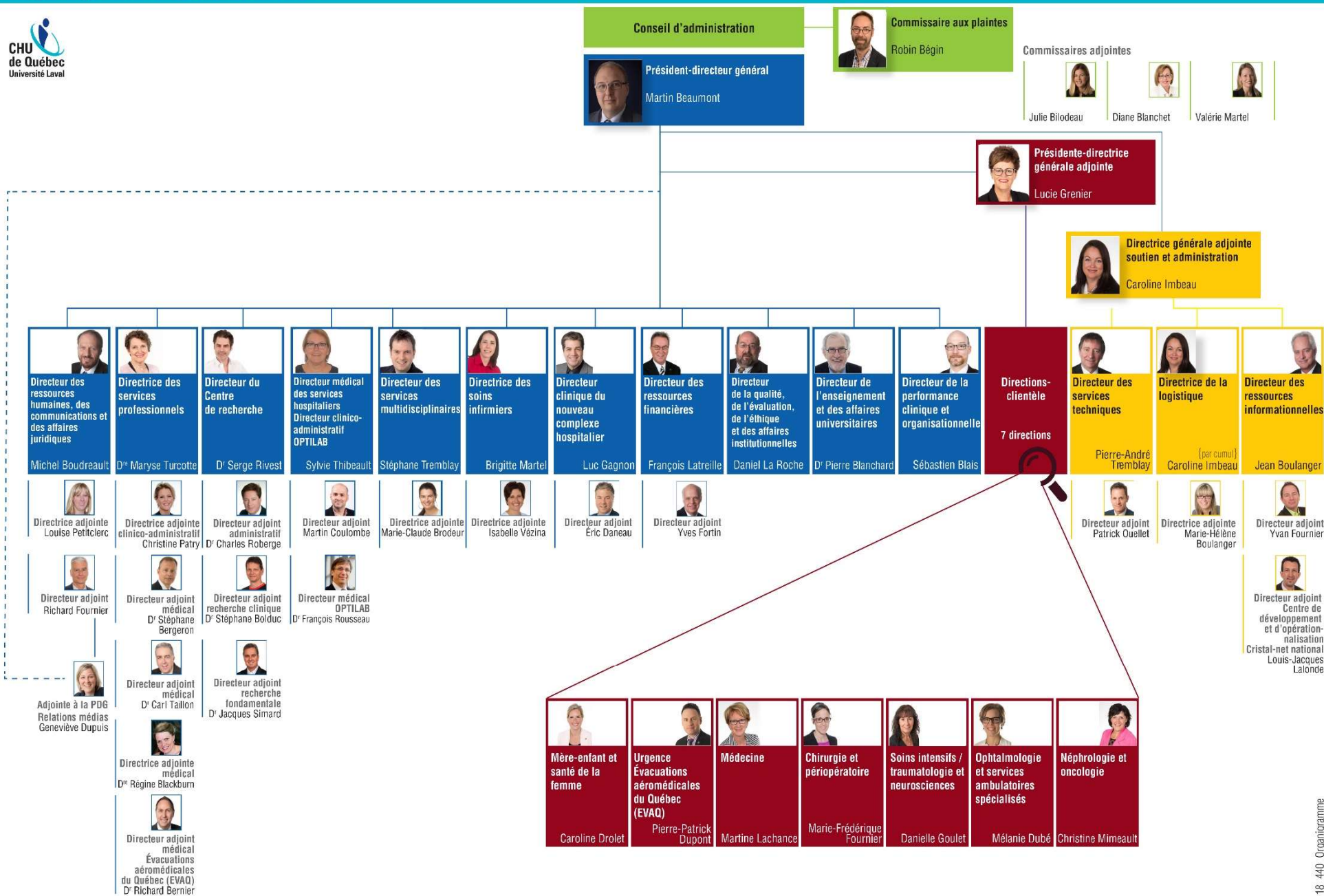
EVAQ incarne intrinsèquement les valeurs de l'organisation, soit l'accessibilité à des soins spécialisés au Québec. Nous disposons d'une structure organisationnelle et des responsabilités axées sur l'humanisme, le respect, la transparence, l'innovation et l'excellence.

Stratégiquement, nous prévoyons concrétiser notre vision en élaborant des orientations qui apporteront à tout le personnel d'EVAQ une bonne dose de confiance et un soutien lors de situations difficiles dont la population du réseau profitera.

EVAQ représente une extension des établissements du réseau de la santé. Il est médical, humain, politique, médico-économique et organisationnel. Si EVAQ évolue rapidement, il rayonne également positivement et sa priorité demeure l'accessibilité et l'engagement.

Organigramme du CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2019

Organigramme de la direction



Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

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

Faits saillants

En 2018-2019, le conseil d'administration a tenu six (6) séances régulières, avec un taux de participation de 94 %, et cinq (5) séances spéciales, avec un taux de participation de 82 %. Il a adopté 214 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions.

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

Pertinence, qualité, sécurité et efficience des soins et services

- Adoption du plan d'action visant la promotion de l'hygiène des mains
- Adoption du plan d'action 2018-2019 à l'égard des personnes handicapées
- Adoption du modèle d'organisation du partenariat avec les patients et les proches

Administration des affaires de l'établissement

- Adoption des objectifs prioritaires 2018-2019
- Révision du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration*, du *Règlement sur la délégation de signature de certains actes, documents ou écrits*, du *Règlement sur la nomination des chefs de départements cliniques et de services cliniques*, du *Règlement de régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*, et du *Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques de la recherche*
- Adoption du *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine préventive, de santé publique et d'ÉTMS*, du *Règlement sur la prévention et la gestion des conflits d'intérêts*, et du *Règlement de régie interne et de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche*

Organisation des services de l'établissement

- Adoption du plan d'organisation clinique

Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

- Adoption du budget pour l'exercice financier 2018-2019
- Approbation du rapport de l'auditeur indépendant et des états financiers pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2018
- Adoption du plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) 2018-2021
- Approbation du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) 2018-2019

Entente de gestion et d'imputabilité

- Adoption de l'Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 entre le CHU de Québec-Université Laval et le ministre de la Santé et des Services sociaux

Recherche et enseignement

- Adoption du plan de développement stratégique de la recherche 2019-2024 du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval

Reconnaissance et bons coups

- Motion de remerciements à M^{me} Marylène Gignac, préposée aux bénéficiaires à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, pour son acte d'héroïsme
- Motion de félicitations à M^{me} Gertrude Bourdon pour l'obtention du Prix reconnaissance dans le cadre du 7^e congrès mondial du Secrétariat International des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)
- Motion de félicitations au Dr Serge Rivest et à l'équipe du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval pour les résultats obtenus lors de l'évaluation par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS)
- Motion de félicitations à M^{me} Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe, pour l'obtention du Prix Rachel-Bureau de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (ORIIQ)
- Motion de félicitations à M^{me} Stéphane Therrien, conseillère en éthique, pour l'obtention du Prix George-A. Legault de l'Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval

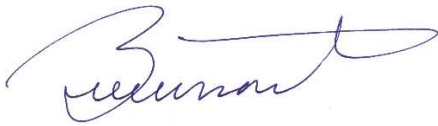
- Motion de félicitations à la D^{re} Valérie Gaudreault, présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, pour l'obtention du Prix Reconnaissance d'un président de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
- Motion de félicitations aux équipes œuvrant dans les secteurs des blocs opératoires

Rapport de suivi sur l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CHU de Québec-Université Laval* a été adopté par le conseil d'administration le 8 février 2016. Le code est en annexe du présent document.

Au 31 mars 2019, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2018-2019.

Le secrétaire du conseil d'administration,



Martin Beaumont

Signé à Québec ce 15 avril 2019

Les membres du conseil d'administration

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
M. Gaston Bédard, président du C. A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente du C. A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	80 %
M. Martin Beaumont, secrétaire du C. A. (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon, secrétaire du C. A. (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	100 %	100 %
M ^{me} Lucie Grenier, secrétaire du C. A. par intérim (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %	100 %
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	80 %
M. Sylvain Carpentier (nomination le 30 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	80 %
M. Sylvain Gagnon (nomination le 30 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	100 %
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %	100 %
M ^{me} Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %	100 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	80 %
M ^{me} Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Svetlana Solomykina (démission le 19 juin 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	0 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	100 %	100 %
M ^{me} Élisabeth Bourassa (démission le 19 juin 2018)	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %	100 %
M ^{me} Geneviève Larouche (nomination le 26 novembre 2018)	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	67 %	50 %

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	80 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %	60 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %	80 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	100 %	100 %
M ^{me} Marie Audette <i>(fin de mandat le 29 septembre 2018)</i>	Représentant de l'Université Laval	100 %	100 %
M ^{me} Eugénie Brouillet <i>(nomination le 30 septembre 2018)</i>	Représentant de l'Université Laval	67 %	67 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	83 %	0 %
M. Ross Gaudreault <i>(fin de mandat le 29 septembre 2018)</i>	Membre observateur Fondation	0 %	0 %
Poste vacant	Membre observateur Fondation	s.o.	s.o.

Les comités conseils et instances consultatives

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 85 %, et trois (3) rencontres spéciales, avec un taux de participation de 93 %.

Composition du comité de gouvernance et d'éthique (du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
M. Gaston Bédard, président	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	67 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %	s.o.
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %	67 %
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %	100 %
M ^{me} Lucie Grenier, (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %	100 %
M ^{me} Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %	100 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M ^{me} Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	100 %
Le bureau du président-directeur général soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DE VÉRIFICATION

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 87 %, et une (1) rencontre spéciale, avec un taux de participation de 100 %.

Composition du comité de vérification
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
M ^{me} Sylvie Lemieux, présidente	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M ^{me} Sophie Lefrançois, vice-présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %	100 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %	s.o.
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %	100 %
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier (nomination le 30 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	s.o.
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %	s.o.
M ^{me} Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Svetlana Solomykina (démission le 19 juin 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	0 %	0 %
Le directeur des ressources financières soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Il doit également établir des liens systémiques entre ces rapports et les recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration. Enfin, il veille à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu quatre (4) rencontres régulières, avec un taux de participation de 79 %, et une (1) rencontre spéciale, avec un taux de participation de 75 %.

**Composition du comité de vigilance et de la qualité
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
M ^{me} Suzanne Petit, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %	s.o.
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	0 %	s.o.
M ^{me} Lucie Grenier, (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %	100 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	75 %	0 %
Le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS

Le comité des ressources humaines et des communications a pour principales fonctions d'examiner les plans d'effectifs pour toutes les catégories de personnel et de professionnel et de formuler des recommandations au conseil d'administration. De plus, il examine les modes de dotation et leur efficacité pour chaque catégorie de personnel, ainsi que les stratégies d'attraction et de rétention. Il analyse les plans visant le maintien des compétences du personnel, examine les modes d'organisation du travail, leur efficacité, leur efficience et leurs impacts sur le climat de travail ainsi que sur la santé et la sécurité du personnel. Il apprécie l'état des relations de travail entre l'établissement et les instances représentatives de son personnel. Il apprécie également la mise en œuvre et l'évolution du plan de communication à l'intention des intervenants internes de l'organisation. Enfin, il effectue une vigie sur l'intégration des activités de gestion du changement ainsi que le soutien aux équipes dans l'actualisation des projets.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 82,4 %.

Composition du comité des ressources humaines et des communications
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Louis-Denis Fortin, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %
D ^r Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	67 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	75 %
M ^{me} Élisabeth Bourassa (démission le 19 juin 2018)	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	50 %
M. Sylvain Gagnon (nomination le 30 septembre 2018)	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	67 %
Le directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques soutient ce comité et en assure le volet administratif.		

COMITÉ DES SERVICES AUX CLIENTÈLES

Le comité des services aux clientèles formule des avis et des recommandations au comité de vigilance et de la qualité concernant l'accessibilité aux soins et aux services en vue de mieux répondre aux besoins et aux attentes des clientèles de l'établissement. Il étudie les rapports du comité de gestion des risques, les taux d'infections nosocomiales, les rapports sur la satisfaction des clientèles et le rapport annuel d'activités du comité des usagers.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 91,6 %.

Composition du comité des services aux clientèles
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Suzanne Petit, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M. Louis-Denis Fortin, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	83 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	50 %
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>	100 %
Le directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles soutient ce comité et en assure le volet administratif.		

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

Le comité des ressources technologiques et immobilières a pour principale fonction d'examiner les plans de renouvellement et d'acquisition des équipements, des ressources informationnelles et le plan directeur immobilier. Il formule également des avis et des recommandations au conseil d'administration relativement au développement, à l'acquisition, à l'utilisation et à l'évaluation des ressources technologiques et immobilières.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 77 %.

**Composition du comité des ressources technologiques et immobilières
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
D ^r Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	50 %
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	33 %
M ^{me} Diane Jean	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	67 %
La directrice générale adjointe, soutien et administration, soutient ce comité et en assure le volet administratif.		

COMITÉ DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'ÉVALUATION

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 76 % et une (1) rencontre spéciale, avec un taux de participation de 86 %.

Composition du comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séances spéciales
M ^{me} Sophie Lefrançois, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	67 %	100 %
M ^{me} Eugénie Brouillet, vice-présidente (nomination le 30 septembre 2018)	Représentant de l'Université Laval	50 %	0 %
M ^{me} Marie Audette (fin de mandat le 29 septembre 2018)	Représentant de l'Université Laval	67 %	s.o.
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %	100 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	100 %	s.o.
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	100 %	s.o.
M ^{me} Geneviève Larouche (nomination le 26 novembre 2018)	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %	100 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	100 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	67 %	100 %
M ^{me} Svetlana Solomykina (démission le 19 juin 2018)	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	0 %	s.o.
Le directeur du Centre de recherche soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DU NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER

Ce comité a comme principal mandat d'assurer une vigie sur l'ensemble du nouveau complexe hospitalier, notamment en ce qui concerne ses trois grands volets, à savoir les coûts, la programmation clinique et technique et l'échéancier.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 79,1 %.

**Composition du comité du nouveau complexe hospitalier
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %
M. Martin Beaumont (début de mandat le 21 janvier 2019)	Président-directeur général	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	67 %
M ^{me} Gertrude Bourdon (fin de mandat le 23 août 2018)	Présidente-directrice générale	50 %
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	83 %
M ^{me} Lucie Grenier (du 24 août 2018 au 20 janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim	50 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %
Le directeur clinique du nouveau complexe hospitalier soutient ce comité et en assure le volet administratif.		

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu huit (8) rencontres, avec un taux de participation de 78 % et une assemblée générale annuelle.

**Composition du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation
Les officiers	
M ^{me} Maude Trépanier	Présidente
M ^{me} Geneviève Couture	Vice-présidente
M. Martin Parent	Secrétaire
M ^{me} Brigitte Robichaud	Trésorière
Les conseillères	
M ^{me} Valérie Dufour	Conseillère
M ^{me} Antissar Lemzouri	Conseillère
M ^{me} Julie Maranda	Conseillère
M ^{me} Isabelle Nault	Conseillère
Les membres observateurs	
M ^{me} Danielle Boucher	Représentante au conseil d'administration
M ^{me} Nathalie Gravel	Membre observateur
La directrice désignée par la Direction générale (membre d'office)	
M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
La présidente du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	
M ^{me} Lise Boucher	Présidente du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
Le président-directeur général	
M. Martin Beaumont (de janvier à mars 2019)	Président-directeur général
M ^{me} Gertrude Bourdon (d'avril à août 2018)	Présidente-directrice générale
M ^{me} Lucie Grenier (de septembre à janvier 2019)	Présidente-directrice générale par intérim
Les maisons d'enseignement	
M ^{me} Mélanie Bérubé (de janvier à mars 2019)	Université Laval
M ^{me} Annie Laporte	Cégep Garneau
M ^{me} Marie-Pier Riverin Gagnon	Centre de formation professionnelle Fierbourg
M ^{me} Diane Tapp (d'avril à décembre 2018)	Université Laval

Principales réalisations

Des gestes concrets ont été posés dans le but d'améliorer le quotidien des membres du conseil des infirmières et infirmiers en le représentant à un niveau stratégique dans l'organisation. Ainsi, à titre d'exemple, le CII a porté le dossier de la qualité des soins auprès des comités stratégiques de planification de la main-d'œuvre, sur la continuité informationnelle et aux diverses activités en lien avec le NCH pour traduire la réalité des infirmières du CHU le plus fidèlement possible. Le CII a également émis de nombreux avis et recommandations.

De plus, le CII a participé à la révision de plusieurs règles de soins infirmiers, protocoles infirmiers et politiques et procédures avec l'objectif que ces outils de références restent adaptés à la réalité terrain.

Le CII a participé à de nombreuses activités professionnelles, notamment :

- Formation *LEAN*
- Conférences de l'ACIIQ intitulées « La contribution de l'humanisation des soins à la qualité des soins et des services de santé » et « Les stations visuelles au CECII, c'est possible »
- Semaine de l'hygiène des mains
- Midi-conférence « Mieux connaître votre CII »
- Soirée de Prix reconnaissance du CII

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

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

Le conseil multidisciplinaire du CHU de Québec-Université Laval regroupe près de 2 350 membres de 50 titres professionnels répartis dans les 5 hôpitaux et la grappe des laboratoires du CHU de Québec-Université Laval. Les activités et décisions du conseil exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) sont communiquées aux membres après chaque CECM à l'aide du « Votre CECM en bref ». Une dizaine d'invités sont venus présenter ou discuter de sujets touchant notre organisation tels les examens de biologie médicale délocalisés (EBMD), Optilab, les plans de transition-transformation vers le nouveau complexe hospitalier, la démarche réflexive en éthique, le plan de main-d'œuvre, le plan de développement des ressources humaines, l'hygiène des mains, le bilan de la direction de l'enseignement et des affaires universitaires et la planification stratégique des bibliothèques.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu huit (8) rencontres, avec un taux de participation de 90 %.

Composition du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation
Les officiers	
M ^{me} Jocelyne Lévesque, présidente	Orthophoniste, CHUL
M ^{me} Marie-Josée Dupuis, vice-présidente	Travailleuse sociale, L'HDQ
M ^{me} Anne Pomerleau, vice-présidente (à partir du 16 octobre 2018)	Ergothérapeute, HSFA
M ^{me} Stéphanie Drouin, secrétaire	Chargée clinique de sécurité transfusionnelle, HEJ
M ^{me} Stéphanie Pouliot, trésorière	Coordonnatrice technique en diagnostic moléculaire, HSS
M ^{me} Marie-Hélène Bourdages, responsable des communications	Nutritionniste, CHUL
Les conseillères	
M ^{me} Claudia Fortier	Ergothérapeute, HSS
M ^{me} Annie Ouellet	Chargée d'enseignement clinique en inhalothérapie, L'HDQ
M ^{me} Émilie Ruel	Technologue en imagerie médicale, HEJ
M ^{me} Élisabeth Tifault	Nutritionniste, HSFA
Le directeur désigné par la Direction générale (membre d'office)	
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires
La représentante au conseil d'administration	
M ^{me} Marianne Talbot	Physiothérapeute

Principales réalisations

- Déployer la structure d'accueil pour les nouveaux employés membres du CM ;
- réaliser à nouveau, avec l'aide du bureau d'expertise de l'expérience patient, le sondage auprès des membres mesurant leur expérience en ce qui a trait à la qualité des soins, les examens et les services, à la qualité de vie au travail et à la qualité de la communication interprofessionnelle ;
- poursuivre la reconnaissance des membres par des prix et des mentions *Reconnaissance* et par des bourses de formation et de recherche ;
- favoriser la culture de lavage des mains parmi les membres du CM afin d'atteindre les cibles ministérielles ;
- favoriser la valorisation de l'enseignement en appuyant les travaux de la direction de l'enseignement et des affaires universitaires ;

- encourager et soutenir la recherche clinique.

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

- poursuivre le suivi de l'avis du CM demandant des adresses courriel organisationnelles pour tous les membres ;
- soutenir les membres impliqués dans les comités de pairs et le CMPC ;
- maintenir et assurer une communication continue avec nos partenaires régionaux et provinciaux soit avec l'ACMQ, les CM des CHU, l'instance régionale et les CM du CIUSSS-CN et de l'IUCPQ et du CISSS des Îles dans un contexte de collaboration interprofessionnelle ;
- assurer le rôle de soutien et de suivi des recommandations des projets d'appréciation et d'amélioration des pratiques et des PDRH.

Avis, recommandations et appuis :

1. Appui du CM concernant le *Protocole Bacilles Gram Négatif multirésistants (BGNMR)*, novembre 2018 ;
2. Appui du CM concernant le *Protocole d'exposition à la varicelle ou au zona*, novembre 2018 ;
3. Appui du CM concernant le *Protocole d'intervention lors d'infections puerpérales à streptococcus β -hémolytique du groupe A*, novembre 2018 ;
4. Appui du CM concernant la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité*, novembre 2018 ;
5. Appui du CM concernant la *Procédure d'identification de l'utilisateur avant de dispenser des soins ou des services qui lui sont destinés*, décembre 2018 ;
6. Appui du CM concernant la *Politique de désignation toponymique des biens du CHU de Québec-Université Laval*, décembre 2018 ;
7. Appui du CM concernant le *Guide de prévention et contrôle des infections et hygiène et salubrité à bord des avions médicaux*, mars 2019 ;
8. Recommandations du CM concernant la révision du *Plan de sécurité du CHU de Québec-Université Laval*, mars 2019.

Activités professionnelles de l'exécutif :

9. Réalisation du colloque du CM « Parlons pertinence et sécurité » auquel une centaine de membres ont participé, mai 2018 ;
10. AGA du CM avec une centaine de membres présents, mai 2018 ;
11. Participation de l'une de nos professionnelles comme membre au CA de l'ACMQ ;
12. Participation de la présidente à la journée des présidents de l'ACMQ, juin 2018 ;
13. Présentation de quatre dossiers aux prix *Reconnaissance* de l'ACMQ ;
14. Formation ceinture blanche pour les nouveaux membres de l'exécutif et formation ceinture jaune de la présidente du CM et du CII ;
15. Rencontre des trois présidentes des conseils et de leurs directeurs respectifs, octobre 2018 ;
16. Déjeuner échange avec les comités interprofessionnels (CIP), le CMPC, les membres de l'exécutif et les directeurs de la DMSH et de la DSM, octobre 2018 ;
17. Participation au colloque de l'ACMQ (vice-présidente et présidente), octobre 2018 ;
18. Participation à diverses activités du nouveau complexe hospitalier (NCH) ;
19. Rencontre avec la nouvelle directrice et le nouveau directeur adjoint de la direction médicale des services hospitaliers, hiver 2019 ;
20. Rencontre avec le nouveau directeur des services multidisciplinaires (DSM), automne 2018 ;
21. Rencontre conjointe entre des représentants des trois CECM, des trois DSM de la région et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec dans le cadre d'une tournée provinciale, décembre 2018 ;
22. Rencontre avec la Fondation du CHU de Québec en vue de maintenir le financement des bourses de formation, janvier 2019 ;
23. Tournée des comités interprofessionnels dans les cinq hôpitaux, février 2019 ;
24. Participation et présentation avec les deux autres présidentes des conseils au CCDG, janvier 2019 ;
25. Rencontre entre le président-directeur général et les trois présidentes des conseils professionnels, février 2019 ;
26. Participation de la présidente et de membres du CM à la tournée de consultation de la Faculté de médecine concernant les objectifs stratégiques, mars 2019 ;

27. Planification de quatre midis-CM et de quatre articles professionnels dans *Le Chuchoteur*, principalement par la responsable des communications.

Activités d'évaluation et d'amélioration des pratiques :

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

Deux comités de pairs ont été soutenus par les membres du CMPC : « Identification des situations en ergothérapie où une évaluation fonctionnelle est pertinente » et « Révision des pratiques cliniques audiolinguistiques pour la clientèle neurologie-traumatologie ». Des outils de suivi des comités de pairs ont été développés et mis à la disposition des membres du CMPC. Les membres du CMPC ont assisté à l'automne 2018 aux rencontres des comités de pratiques professionnelles (CPP) des différentes disciplines de la direction des services multidisciplinaires (DSM). Ces rencontres ont permis de déterminer les besoins concernant l'évaluation des pratiques professionnelles.

Autres activités d'amélioration des pratiques :

Celles-ci sont réalisées par les comités de pratique professionnelle de la DSM et par les coordonnateurs qualité au sein de la direction médicale des services hospitaliers.

Activités de reconnaissance et bourses :

- Seize mentions *Reconnaissance* et une bourse du comité des usagers ont été remises à des professionnels ou groupes de professionnels lors de l'assemblée générale annuelle du CM dans les catégories *Recrue*, *Ensemble de la carrière*, *Comités de pairs*, *Bon coup – coup de cœur*, *Collaboration interprofessionnelle*, *Amélioration des pratiques et Enseignement*.
- 63 professionnels et techniciens ont présenté au CM des demandes de bourse de formation, individuelle ou en groupe, pour un cumulatif de demandes de 138 590 \$ (50 617 \$ en septembre et 87 972 \$ en janvier). De ce nombre, 15 bourses, destinées à 17 professionnels ou techniciens, ont été octroyées pour un total de 39 304 \$ grâce à la Fondation du CHU de Québec et au Groupe Banque TD.
- Pour une première fois, les trois conseils se sont associés à l'axe de recherche clinique du Centre de recherche afin d'encourager la recherche clinique parmi leurs membres. Dix bourses ont été octroyées pour un total de 44 500 \$ grâce à la contribution de la Caisse Desjardins et de la Fondation du CHU de Québec. Deux membres du CM ont reçu respectivement une bourse de 5 000 \$.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

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

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu 13 rencontres régulières avec un taux de participation de 91 % et six (6) rencontres extraordinaires, avec un taux de participation de 80 %. Il a également tenu une assemblée générale annuelle, le 23 mai 2018, où 123 membres étaient présents, et une assemblée générale ordinaire, le 12 décembre 2018, avec 113 participants.

Comité d'examen des titres		
Nombre de réunions :	7	Taux de participation : 75 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique		
Nombre de réunions régulières :	4	Taux de participation : 63 %
Nombre de réunion du comité élargi :	1	Taux de participation : 69 %
Comité de pharmacologie		
Nombre de réunions :	10	Taux de participation : 80 %
Comité de discipline		
Nombre de réunions :	3	Taux de participation : 100 %

Les autres comités

Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles		
Nombre de réunions :	9	Taux de participation : 84 %
Comité des dossiers		
Nombre de réunions :	9	Taux de participation : 80 %
Comité de convenance pharmacologie		
Nombre de réunions : (27 ordinaires, 4 extraordinaires et 2 administratives)	33	Taux de participation : 91 %
Sous-comité de surveillance des antibiotiques		
Nombre de réunions :	10	Taux de participation : 72 %
Sous-comité de chimiothérapie		
Nombre de réunions :	10	Taux de participation : 73 %
Sous-comité d'anticoagulothérapie		
Nombre de réunions :	9	Taux de participation : 73 %
Sous-comité pour la sécurité de l'insuline et des autres traitements en diabète		
Nombre de réunions :	4	Taux de participation : 73 %
Sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie		
Nombre de réunions :	4	Taux de participation : 83 %

Principales réalisations

Procédure de recrutement : la Direction générale a interpellé le CMDP pour la création d'un nouveau processus de recrutement de ses médecins et dentistes. L'objectif de cette démarche est de doter le CHU d'une procédure de recrutement intègre et transparente basée sur la sélection des meilleurs candidats pour le CHU et notre partenaire l'Université Laval. Ainsi, c'est dans un esprit de collaboration, de cogestion et de respect des équipes et des pratiques actuelles que le CMDP a été impliqué. Les discussions se poursuivent en vue d'une adoption au conseil d'administration de juin 2019.

Formation ACLS-BCLS : lors de l'Assemblée générale de décembre 2018, les membres du CMDP ont été informés que la formation de base ou la formation avancée en réanimation cardio-respiratoire deviendrait nécessaire lors du renouvellement de privilèges en 2020. Des séances de formation ont débuté en avril 2019.

NCH : plusieurs comités visant, dans un premier temps, l'ouverture du Centre intégré de cancérologie ont été mis en branle au cours de la dernière année et ont nécessité beaucoup d'investissement de plusieurs membres du CMDP. Le vice-président NCH, Dr Patrice Montminy, de même que la présidente du CMDP, Dre Valérie Gaudreault, ont suivi étroitement l'évolution des travaux et des décisions en participant aux différents comités.

PRO-ACTE : la structure a été repensée et de gros efforts ont été déployés pour harmoniser l'évaluation de la qualité de l'acte dans les divers pavillons du CHU. À chaque rencontre du comité, des médecins ont été invités à venir présenter le fruit de leur expertise en termes de qualité de l'acte sous forme d'études par critères explicites ou d'études de mortalité-morbidité. Le processus associé à la qualité de l'acte a fait l'objet de plusieurs discussions tant au sein du comité exécutif qu'à la Table des chefs de départements et services. Des présentations théoriques ont également été faites lors de rencontres de service afin de répondre aux questions des chefs de service ainsi qu'aux membres. Ces rencontres ont permis de tracer un portrait de l'état de la situation, de stimuler les équipes et de les renseigner sur l'évaluation de l'acte dans son ensemble. De concert avec le service des archives, nous avons révisé le formulaire de décès et le formulaire précisant les critères d'exclusion. Plusieurs membres du comité de l'évaluation de l'acte et du CMDP ont assisté à une formation sur la qualité de l'acte donnée par l'ACMDPQ. Un vent de fraîcheur souffle sur ce comité qui atteindra dans les prochains mois sa pleine vitesse de croisière.

Titre universitaire : les membres du comité exécutif ont reconnu l'importance que tous les médecins, dentistes et pharmaciens du CHU de Québec soient minimalement des chargés d'enseignement clinique. Des démarches ont été entreprises avec les facultés concernées en 2018 et se poursuivent en 2019. Par ailleurs, l'obtention des titres de professeurs de clinique, professeurs agrégés de clinique et professeurs titulaires de clinique sera encouragée et des stratégies seront déployées pour soutenir l'actualisation de ces orientations dans un but de plein rayonnement universitaire.

Philanthropie - sentiment d'appartenance : la mission du Comité exécutif du CMDP est de mobiliser les médecins, dentistes et pharmaciens à s'impliquer dans leur CHU, leurs facultés, leur communauté. À cet effet, les membres du comité exécutif du CMDP ont reçu les administrateurs de la Campagne de Centraide et de la Fondation du CHU afin de discuter des priorités et des objectifs à atteindre. Lors du dernier Pentathlon des neiges, plusieurs membres du comité exécutif ont participé et ont ramassé 19 950 \$. En ce qui a trait à la campagne de Centraide, nous sommes fiers des 100 000 \$ amassés par le CHU. Le Bal des Grands romantiques a aussi permis de recueillir cette année un montant de 650 000 \$.

Hygiène des mains : plusieurs audits ont été réalisés et ont permis de constater que le taux d'hygiène des mains des médecins est d'environ 50 % tandis que la cible est de 75 %. Le Comité exécutif du CMDP s'associe avec la Prévention et Contrôle des Infections (PCI) pour améliorer notre performance, prévenir les infections, améliorer les connaissances, etc. Des formations spécifiques en PCI ont été offertes et se poursuivront en 2019.

Expérience patient : le patient est au centre des préoccupations des membres de l'exécutif du CMDP et, à cet effet, M^{me} Marielle Philibert, présidente du comité des usagers, nous a rendu visite à deux reprises. Nous travaillons en collaboration avec elle pour améliorer la satisfaction des patients et la qualité des soins prodigués. Un *Plan d'action du comité des usagers* permet de suivre attentivement l'évolution des démarches entreprises.

**Composition du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
(au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation
Les officiers	
D ^{re} Valérie Gaudreault, présidente	Hôpital Saint-François d'Assise
D ^r Patrick Giroux, 1 ^{er} vice-président	Hôpital de l'Enfant-Jésus
D ^r Jean Beaubien, 2 ^e vice-président	L'Hôtel-Dieu de Québec
D ^r Jean Archambault, secrétaire	L'Hôtel-Dieu de Québec
D ^r Bruno Godbout, trésorier	Hôpital du Saint-Sacrement
Les conseillers	
D ^r Jean-Marc Côté	CHUL
D ^{re} Marie-Claire Denis	CHUL
D ^{re} Louise Lacerte	Hôpital Saint-François d'Assise
D ^r Jacques Mailloux	CHUL
D ^r Patrice Montminy	Hôpital Saint-François d'Assise
D ^r Jean Morneau	Hôpital de l'Enfant-Jésus
M ^{me} Marie-Claude Racine	Hôpital du Saint-Sacrement
D ^r Luc Vaillancourt	L'Hôtel-Dieu de Québec
D ^{re} Annie-Claude Valcourt	Hôpital de l'Enfant-Jésus
D ^{re} Julie Lemay	Hôpital du Saint-Sacrement
Les membres d'office	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
D ^r Yvan Douville	Représentant de la Faculté de médecine
D ^r François Lauzier	Représentant du CMDP au conseil d'administration
D ^{re} Maryse Turcotte	Directrice des services professionnels

COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE

Le comité consultatif à la Direction générale a comme mandat d'analyser et de faire des recommandations en ce qui concerne les orientations et les priorités d'action de l'établissement, les moyens à mettre en œuvre pour que les services dispensés dans le centre hospitalier soient en complémentarité avec ceux dispensés dans les autres établissements de la région, et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats. Il analyse également les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques, la répartition des lits mis à la disposition des bénéficiaires en fonction de leurs besoins, de l'intensité de soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement, puis l'élaboration du plan d'organisation de l'établissement.

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu une (1) rencontre, avec un taux de participation de 91 %.

**Composition du comité consultatif à la Direction générale
(du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019)**

Nom	Représentation
M. Martin Beaumont, président	Président-directeur général
D ^{re} Karen Adams	Chef du Service de rhumatologie
D ^r Jean Archambault	Chef du Service de radio-oncologie
D ^r Jean Beaubien	Anesthésiologiste L'HDQ
D ^r Stéphane Bergeron	Directeur adjoint des services professionnels
D ^{re} Régine Blackburn	Chef du Département de médecine générale
M. Mario Blais	Adjoint clinique à la directrice des services professionnels
D ^r Pierre Blanchard	Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
D ^r Stéphane Bolduc	Directeur adjoint de la recherche clinique
M. Michel Boudreault	Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
D ^{re} Amélie Bourassa	Chef du Service d'urgence de HSS
D ^r Marc Bradette	Chef du Service de gastroentérologie
D ^r Daniel Brouillard	Chef du Service d'urgence de HEJ
D ^r Robert Charbonneau	Chef du Service de néphrologie
D ^r Félix Couture	Chef du Service d'hémo-oncologie
D ^r Pierre D'Amours	Chef du Service de pneumologie
D ^{re} Christine Desbiens	Responsable du Centre des maladies du sein HSS
D ^r Richard Desbiens	Chef du Service de neurologie
D ^r Pierre Drolet	Chef du Service d'anesthésiologie L'HDQ
M ^{me} Mélanie Dubé	Directrice clientèle ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés
D ^r Marc-André Dugas	Chef du Département de pédiatrie
M. Pierre-Patrick Dupont	Directeur clientèle urgences
M ^{me} Geneviève Dupuis	Adjointe au président-directeur général - Relations médias et projets spéciaux
D ^r Philippe Dupuis	Chef du Service d'endocrinologie
D ^r Étienne Durand	Chef du Service d'hospitalisation
D ^r Charles-Langis Francoeur	Coordonnateur en dons et transplantation d'organes et de tissus
M ^{me} Marie-Frédérique Fournier	Directrice clientèle chirurgie et périopératoire
M. Richard Fournier	Directeur adjoint des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
D ^{re} Josée Gagnon	Chef du Département de chirurgie
M. Luc Gagnon	Directeur clinique du nouveau complexe hospitalier
D ^{re} Valérie Gaudreault	Présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
D ^r Jean Gekas	Chef du Service de génétique médicale
D ^{re} Isabelle Genest	Chef du Département de médecine d'urgence
D ^{re} Isabelle Germain	Radio-oncologue L'HDQ

Nom	Représentation
D ^r Martin Gilbert	Chef du Service de dermatologie
D ^r Patrick Giroux	Chef du Service de chirurgie buccale et maxillo-faciale
D ^r Bruno Godbout	Anesthésiologiste HEJ-HSS
M ^{me} Danielle Goulet	Directrice clientèle soins intensifs, traumatologie et neurosciences
D ^r Roger C. Grégoire	Chef du Service de chirurgie générale
M ^{me} Lucie Grenier	Présidente-directrice générale adjointe
D ^{re} Mélanie Hains	Chef du Service de gériatrie
D ^{re} Denyse Huot	Chef du Service d'anesthésiologie CHUL
M ^{me} Caroline Imbeau	Directrice générale adjointe, soutien et administration
M. Daniel La Roche	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M ^{me} Martine Lachance	Directrice clientèle médecine
D ^r Jacques Langevin	Chef du Service d'anesthésiologie HSS-HEJ
D ^r Paul Langis	Chef du Département d'imagerie médicale
D ^r Martin Leblond	Chef du Service de médecine interne
M ^{me} Jocelyne Lévesque	Présidente du conseil multidisciplinaire
D ^r Jacques R. Mailloux	Chef du Département d'obstétrique et gynécologie
M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
M ^{me} Christine Mimeault	Directrice clientèle néphrologie et oncologie
D ^r Patrice Montminy	Chef du Service d'orthopédie
D ^r Pierre Nicole	Anesthésiologiste
D ^{re} Martine Périgny	Chef du Service clinique d'anatomopathologie
M ^{me} Marie-Claude Racine	Chef du Département de pharmacie
D ^r Marc Rhainds	Chef du Département de médecine préventive, de santé publique et d'ÉTMS
M ^{me} Michèle Ricard	Directrice clientèle mère-enfant et santé de la femme par intérim
D ^r Serge Rivest	Directeur du Centre de recherche
D ^{re} Céline Roberge	Chef du Service de chirurgie plastique
D ^r Louis Roy	Chef du Service de soins palliatifs
D ^r Patrick Savard	Chef du Service d'ORL
D ^{re} Isabelle Schmit	Chef du Service d'ophtalmologie
D ^r Jean-François Shields	Chef du Service de soins intensifs adultes
D ^r Carl Taillon	Directeur adjoint des services professionnels
M ^{me} Sylvie Thibeault	Directrice à la Direction médicale des services hospitaliers et directrice clinico-administrative OPTILAB
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires
M ^{me} Maude Trépanier	Présidente du conseil des infirmières et infirmiers
D ^{re} Maryse Turcotte	Directrice des services professionnels

COMITÉ DES USAGERS

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité des usagers a tenu dix (10) rencontres régulières, deux (2) rencontres spéciales et son assemblée générale annuelle. Les membres du comité assurent une présence assidue aux diverses rencontres, aux comités de travail ainsi qu'à toutes les activités où les membres sont sollicités, que ce soit par le comité lui-même ou par l'établissement.

Tout au long de l'année, le comité des usagers a su maintenir son service de soutien, d'accompagnement et d'aide aux usagers, a préparé et mis en œuvre son plan d'action, a réalisé des activités quotidiennes pour les usagers lors de la Semaine des droits des usagers, a préparé des journées clientèles dans les cinq hôpitaux et a assuré le suivi de certains dossiers sur l'accessibilité.

Le comité des usagers a également su maintenir son service de veille téléphonique et de courriel sept jours par semaine. Plus de 450 demandes ont été traitées : demandes d'aide, demandes d'accompagnement et de soutien pour les usagers, demandes de collaboration de groupes ou d'utilité de soins, des plaintes à rediriger et des remerciements à transmettre, etc.

Composition du comité des usagers (au 31 mars 2019)

Nom
M ^{me} Marielle Philibert, présidente
S ^r Huguette Michaud, vice-présidente
M ^{me} Normande Couture, secrétaire (départ en février 2019)
M. René St-Pierre, trésorier
M ^{me} Estelle Bourque
M. Gabriel Dubois
M. Michel Dumas
M ^{me} Danielle Giroux
M. Éric Hufty
M ^{me} Hélène Jobin
M ^{me} Danièle Marcoux
M ^{me} Renée Morin

Principales réalisations

- La présentation des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle aux comités exécutifs du CMDP et du CII.
- La présentation d'une conférence, par la protectrice du citoyen, pour tous les comités d'usagers et les commissaires aux plaintes de la Capitale-Nationale ainsi que pour les directions du CHU de Québec-Université Laval sur la confidentialité du dossier de l'utilisateur.
- La présentation de trois conférences grand public :
 - *Les droits des usagers dans le contexte de l'aide médicale à mourir*
 - *Trucs et astuces pour communiquer avec votre proche atteint d'un trouble cognitif*
 - *Les soins palliatifs et de fin de vie à domicile, une option à découvrir*
- La présentation de son plan d'action à l'exécutif du CMDP.
- La présentation d'articles dans le journal *Le Chuchoteur*.

- La participation au forum sur les meilleures pratiques du MSSS.
- La participation au congrès du RPCU et à son organisation.
- La participation à une formation sur les droits des usagers par M^e Jean-François Leroux.
- La participation au service des repas de Noël pour les employés.
- La participation à plusieurs comités de l'établissement : le comité de gestion des risques, le comité campagne *Meilleurs ensemble*, le comité sur l'approche adaptée à la personne âgée, le comité d'amélioration continue de la qualité, le comité des services aux clientèles, le comité de vigilance et de la qualité, le comité intégrateur du nouveau NCH, le comité d'intégration des arts à l'architecture, le comité de voisinage du NCH, le comité de sélection des prix Diamants, le comité de sélection des bourses Groupe Banque TD.
- La préparation et la tenue d'activités pour la Semaine des droits des usagers.
- La préparation des journées clientèles ayant pour but de renseigner les usagers.
- La complétion et le dépôt de son plan d'action 2018-2021.
- L'appropriation du nouveau cadre de référence pour les comités des usagers du MSSS.
- Le transfert des activités du comité vers une nouvelle technologie et la formation de ses membres en vue de l'utilisation des iPads pour les travaux du comité.
- La tenue de rencontres avec les usagers des consultations externes et unités de soins pour les informer de leurs droits à la confidentialité du dossier et les renseigner sur leurs droits.
- La collaboration et le soutien du comité des usagers pour la mise à la disposition des usagers de dépliants, carnets, signets pour soutenir l'utilisateur lors d'un épisode de soins.
- Le comité a répondu à de nombreuses consultations sur les projets de politiques et de procédures concernant les usagers.
- Les suivis particuliers sur certains dossiers touchant les services à la clientèle, les soins palliatifs, l'hémo-oncologie pédiatrique, etc.
- Les rencontres avec les commissaires aux plaintes pour recevoir le rapport annuel et discuter de nos préoccupations et de nos collaborations.
- Les rencontres avec certaines directions clientèles en suivi de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

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

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

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité d'éthique de la recherche a tenu 45 réunions plénières.

Composition du comité d'éthique de la recherche (au 31 mars 2019)

Nom	Représentation
M ^{re} Édith Deleury	Présidente-coordonnatrice, membre détenant une expertise juridique
D ^r Yves Giguère	Vice-président, membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. François Pouliot	Vice-président, membre détenant une expertise en éthique, scientifique et biomédicale
M ^{me} Manon Arpin	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Chantale Audet	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Amélie Beausoleil	Membre représentant la collectivité
M ^{me} Marie-France Boudreault	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Paul Chênevert	Membre détenant une expertise juridique
M ^{me} Romy Chevalier	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
D ^{re} Julie Côté	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Lucie Dallaire	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Martin Darveau	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} France Desmeules	Membre détenant une expertise en éthique et juridique
M. Yvan Desrochers	Membre représentant la collectivité
M ^{me} Caroline Diorio	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Charles J. Doillon	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
D ^r Régen Drouin	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. Jean-Michel Durand	Membre représentant la collectivité
M ^{me} Amélie Dussault	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M. André Duval	Membre détenant une expertise en éthique
M ^{me} Marianne Émond	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Micheline Fortin	Membre représentant la collectivité

Nom	Représentation
M ^{me} Dominique Fréchette	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
D ^{re} Pascale Gervais	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Lucie Girard	Membre détenant une expertise en éthique
M ^{me} Dominique Goulet	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Anne-Catherine Hatton	Membre détenant une expertise juridique
M ^{me} Lydia Lavastre	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Élise Lavoie-Talbot	Membre détenant une expertise juridique
M ^{me} Hélène Levasseur	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Caroline Maltais	Membre détenant une expertise en éthique et juridique
M ^{me} Ana Marin	Membre détenant une expertise en éthique, scientifique et biomédicale
D ^r Jacques Massé	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
D ^{re} Karine Michaud	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
D ^r Andrew Toren	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Tuong-Vi Tran	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Caroline Tremblay	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Emmanuelle Trottier	Membre détenant une expertise en éthique
D ^r Jean-François Turcotte	Membre détenant une expertise scientifique et biomédicale
M ^{me} Sonia Waite	Membre représentant la collectivité

Principales réalisations

- Nouveau projets évalués CER : 190
 - Monocentrique éthique interne : 123
 - Multicentrique éthique interne : 67
 - Article 21 : 11
 - Projets étudiés en accéléré : 95
 - Projets acceptés tels quels : 30
 - 57 établissements ont reconnu notre évaluation éthique et autorisé la recherche dans leur établissement
 - Multicentrique éthique externe : 83
- Conflits déclarés par les membres = 7
- Demande de suivis passifs continus = 3182
- Projets actifs dans l'établissement = 1463
- Demandes d'avis déposés = 97
 - 63 demandes se sont avérées pour des projets de recherche exemptés de l'évaluation du CER
 - 20 ont été considérées comme des projets de recherche
 - 12 étaient des demandes d'information
 - 2 des études de cas
- Partenaire dans l'initiative Catalis pour la recherche clinique précoce
- Implication de la présidente-coordonnatrice au Comité de révision des clauses normatives
- Organisation de la Journée thématique du CÉRUL et du CER du CHU de Québec-Université Laval *L'interface entre la recherche, la création, l'évaluation, la formation, l'innovation, le partenariat, ainsi que les enjeux éthiques qu'ils soulèvent.*
- Rédaction du *Règlement de régie interne et de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec-Université Laval*

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

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

À cet objectif général s'ajoutent quelques objectifs spécifiques :

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

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité d'éthique clinique a tenu neuf (9) réunions régulières, avec un taux de participation de 64 %. Un ou deux observateurs étaient habituellement présents à chacune des rencontres.

De plus, au cours de l'année, le nouveau président du comité, D^r Pierre J. Durand, est entré en fonction et la collaboration a été entamée avec la nouvelle conseillère en éthique, M^{me} Stéphanie Therrien.

Composition du comité d'éthique clinique (au 31 mars 2019)

Nom	Spécialité
D ^r Pierre J. Durand	Gériatrie (président)
D ^{re} Virginie Bibeau	Soins intensifs
M ^{me} Alexandra Bolduc	Représentante du conseil multidisciplinaire
M ^{me} Céline Careau	Représentante du public
D ^{re} Manon Chevalier	Gériatrie
D ^{re} Pascale Gervais	Pédiatrie
M ^{me} Maria De Koninck	Représentante de la Faculté de médecine de l'Université Laval
D ^r François Leblanc	Soins intensifs
D ^r Vincent Laroche	Hématologie
M ^{me} Antissar Lemzouri	Représentante du conseil des infirmières et infirmiers
D ^{re} Anne Paquette	Soins palliatifs
D ^r Louis-Denis Poulin	Néphrologie
M. François Pouliot	Conseiller en éthique
M ^{me} Stéphanie Therrien	Conseillère en éthique
M ^{me} Martine Tremblay	Intervenante en soins spirituels, Centre Spiritualitésanté

Principales réalisations

Vingt-sept (27) consultations ont été sollicitées, réparties comme suit :

Consultations	
Enjeux	Nombre
Consentement aux soins	6
Conflit au sein d'une équipe sur le niveau de soins	4
Confidentialité des informations	7
Cessation de traitement	1
Professionnalisme	2
Frontières entre la recherche et la clinique	1
Accès aux soins	6
Provenance	
Soins intensifs	1
Pédiatrie	2
Psychiatrie	2
Médecine	7
Urgence-traumatologie	3
Anesthésie	2
Chirurgie	4
Gestion	2
Autres (nursing, travail social, pharmacie, génétique)	4

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

- 5 avril 2018
Le patient suicidaire: un patient comme les autres? Dans le cadre des conférences scientifiques du Département de médecine, la question de la cessation des soins chez les patients suicidaires et les multiples défis cliniques, éthiques et juridiques que de telles situations posent ont été abordés par les D^{res} Virginie Bibeau et Édith Labonté, ainsi que M^e Michel T. Giroux.
- 15 mai 2018
Une activité de formation avec les hémato-oncologues de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus autour d'un cas réel a permis d'examiner le consentement substitué, les critères pour décider des soins et l'alliance thérapeutique.
- 9 octobre 2018
La prise de décision en pédiatrie : enjeux éthiques. Conférence-midi au Centre Mère-Enfant Soleil, organisée et donnée par les D^{res} Pascale Gervais et Julie Laflamme ainsi que M^{me} Martine Tremblay.
- 13 novembre 2018
Délibération autour d'un cas complexe : pour une meilleure prise de décision – chirurgie ORL et soins palliatifs. Atelier présenté au Pavillon Vandry de l'Université Laval aux résidents du programme d'ORL par la D^{re} Anne Paquette, M. François Pouliot et M^{me} Stéphanie Therrien.
- 29 mars 2019
Activité de formation avec le Service de néphrologie dans le cadre des « Dîners néphrologiques » à L'Hôtel-Dieu de Québec. L'examen d'un cas réel a permis d'examiner la dimension interculturelle de la relation thérapeutique.

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

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

Faits saillants

En 2018-2019, le comité a tenu trois (3) rencontres, avec un taux de participation de 86 %. Ce comité a travaillé sur les dimensions suivantes :

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

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du comité de gestion des risques ont tenu trois rencontres régulières : tant les événements sentinelles que les situations à risque ont fait l'objet de discussions et des suivis requis.

Au chapitre des faits saillants, notons :

- trois rencontres du comité des événements sentinelles;
- les rencontres du groupe d'experts sur la prévention des chutes, du comité pour la sécurité des soins intensifs adultes et du comité portant sur la sécurité des médicaments;
- la rédaction, puis l'adoption de plusieurs politiques et procédures liées à la gestion des risques, dont le *Cadre de gestion intégrée de la qualité et des risques*;
- la révision du plan de sécurité institutionnel, exercice important qui s'étale sur près de 18 mois;
- la rédaction de trois bulletins de risque faisant état de grands risques organisationnels atténués par des mesures particulières;
- la révision des codes d'alertes en préparation au G7.

Composition du comité de gestion des risques (du 1er avril 2018 au 31 mars 2019)

Nom	Représentation
M ^{me} Élisabeth Bourassa, présidente (démission en juin 2018)	Représentante du conseil d'administration
M ^{me} Geneviève Larouche, présidente (nomination le 26 novembre 2018)	Représentante du conseil d'administration
M. Marc-André Gélinas, vice-président	Représentant au service santé, sécurité et qualité de vie au travail à la Direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation
M ^{me} Michèle Ricard, secrétaire	Adjointe au directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles - gestionnaire de risques
M ^{me} Fanny Beaulieu	Responsable au programme de prévention et de contrôle des infections
M. Francis Bélanger	Représentant du Service de génie biomédical
M ^{me} Caroline Bouchard	Représentante de la Direction de la logistique - approvisionnement et contrats
M ^{me} Marlène Chevanel	Partenaire de l'établissement
M. Mario Chrétien	Officier de radioprotection
M. Martin Coulombe (depuis janvier 2019)	Représentant de la Direction médicale des services hospitaliers
M. Martin Darveau	Représentant du Département de pharmacie

Nom	Représentation
M. Charles Demers-Tremblay	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
M ^{me} Stéphanie Drouin	Représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle
M ^{me} Josée Grégoire (départ en septembre 2018)	Représentante de la Direction médicale des services hospitaliers
M ^{me} Lucie Grenier	Représentante du Président-directeur général
M. Éric Hufty	Représentant du comité des usagers
M ^{me} Caroline Imbeau	Directrice générale adjointe, soutien et administration et directrice de la logistique
M ^{me} Martine Lachance	Directrice clientèle - médecine
M. Daniel La Roche	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M. Denis Lavoie	Répondant en sécurité civile
M ^{me} Esther Léonard	Chef du Service des bénévoles
M ^{me} Jocelyne Lévesque	Représentante du conseil multidisciplinaire
M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
M ^{me} Jasmine Martineau (départ en juin 2018)	Directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Renée Morin	Représentante du comité des usagers
M ^{me} Brigitte Robichaud	Représentante du conseil des infirmières et infirmiers
D ^{re} Marie-Ève Samson	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
D ^{re} Hélène Senay	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
D ^r Carl Taillon	Directeur adjoint à la Direction des services professionnels
M. Stéphane Tremblay (depuis septembre 2018)	Directeur des services multidisciplinaires

Activités de l'établissement (faits saillants)

Nous priorisons l'expérience patient

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

1

Objectifs prioritaires 2018-2019

- Poursuivre l'amélioration de l'accès dans les secteurs ciblés afin d'atteindre les cibles ministérielles.

Plusieurs actions ont été entreprises au cours de la dernière année financière afin **d'améliorer l'accès aux services**. En voici un aperçu :

Chantier accès

Chantier accès regroupe trois volets réunis sous le même objectif, soit d'améliorer l'accès aux services pour le patient : centre de répartition des demandes de service (CRDS), centres de rendez-vous (CRV) par spécialité et gestion unifiée des rendez-vous en imagerie médicale.

Le CRDS favorise l'accès aux services spécialisés pour un premier rendez-vous en respect du délai requis selon la condition clinique du patient, tandis que les CRV de chacune des spécialités assurent un accès équitable aux patients déjà suivis en respect de leur condition clinique. De plus, les CRV facilitent la prise de rendez-vous pour les patients, puisqu'il n'y a plus désormais qu'un seul numéro de téléphone par spécialité. Enfin, la gestion unifiée des rendez-vous en imagerie médicale améliore l'accessibilité des patients aux examens grâce à de nouveaux critères de priorisation et à des processus harmonisés.

Des pas importants ont été faits en matière d'amélioration d'accès aux rendez-vous au sein du CHU de Québec-Université Laval (CHU) dans la dernière année :

- En 2018-2019, ce sont 17 nouvelles spécialités qui ont été ajoutées au Centre de répartition des demandes de services (CRDS), initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux : chirurgie générale, chirurgie vasculaire, hémato-oncologie, médecine interne, neurochirurgie, physiothérapie et rhumatologie, chirurgie plastique, immuno-allergie, dermatologie, microbiologie, endocrinologie, oncologie médicale, gériatrie, pneumologie, gynécologie et psychiatrie;
- ouverture du centre de rendez-vous en gastroentérologie en juin 2018. Un premier centre de rendez-vous a été ouvert en juillet 2017 pour la dermatologie;
- centralisation des examens de tomodensitométrie (TDM), de tomographie par émission de positrons (TEP) et de scopie au sein du centre de rendez-vous en imagerie médicale;
- début de la centralisation des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans deux hôpitaux (Hôpital du Saint-Sacrement et Hôpital de l'Enfant-Jésus);
- possibilité de faire une demande de rendez-vous en ligne pour certains examens en imagerie médicale;
- révision de processus, de procédures et d'outils internes rendant plus simples et fluides la prise ainsi que le suivi des rendez-vous.
- Le projet de centre de rendez-vous en hémato-oncologie prend forme et sera le prochain à ouvrir ses portes.

Redéploiement de la neurochirurgie pédiatrique

La phase 2 du rapatriement de la neurochirurgie pédiatrique au Centre mère-enfant Soleil du CHUL a permis de réaliser 58 chirurgies complexes (tumeurs cérébrales et opérations spinales) de façon urgente et élective entre avril 2018 et mars 2019. Dans le cadre de ces chirurgies, on dénombre 23 séjours aux soins intensifs pédiatriques, 54 séjours en chirurgie-cardiologie pédiatrique, 11 consultations à l'unité néonatale et 244 visites en clinique externe pédiatrique.

De plus, en janvier dernier, deux lits transitoires de soins intensifs pédiatriques ont été ouverts de façon à répondre adéquatement aux besoins pendant le déploiement progressif de cette nouvelle offre de service.

La provenance de la clientèle de neurochirurgie pédiatrique démontre le rayonnement grandissant de ce rapatriement : 36 % de la clientèle provenait de la Capitale-Nationale, 29 % de Chaudière-Appalaches et 19 % des autres régions du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval.

Ouverture de l'unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau



Depuis 2011, le nombre d'hospitalisations en hémo-oncologie pédiatrique a plus que doublé. Uniquement en 2017-2018, ce sont 88 enfants ou adolescents atteints de cancer qui ont été hospitalisés au Centre mère-enfant Soleil. En parallèle, 1057 enfants ou adolescents ont visité la clinique externe d'hémo-oncologie pédiatrique l'année dernière.

En plus de contribuer à répondre à cette hausse de la demande, la toute nouvelle unité d'hémo-oncologie pédiatrique Charles-Bruneau rend possible une plus grande humanisation des soins aux jeunes patients ainsi qu'à leur famille. Par exemple, plus de commodités et de confort sont offerts aux familles : l'unité ne comprend que des chambres individuelles équipées de fenêtres teintées et insonorisées, d'un divan-lit et d'un bureau avec chaise. De plus, des salles de détente (salle des petits, salon des ados, etc.) équipées de jeux, d'ordinateurs, de consoles de jeu sont réservées aux enfants et aux adolescents, tandis que d'autres espaces sont prévus pour les parents (cuisine, salle de bain, salon, buanderie, solarium, terrasse, casier de rangement). La nouvelle unité a accueilli ses premiers patients en novembre 2018.

Bonification des services aux centres de prélèvements de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et de l'Hôpital de La Malbaie

Les heures d'activité des centres de prélèvements de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et de l'Hôpital de La Malbaie, service qui est géré par le CHU, ont été bonifiées à l'hiver 2019 afin d'offrir le service un jour de plus par semaine (cinq jours au lieu de quatre). Cette mesure a été rendue possible grâce à une analyse rigoureuse des besoins en prélèvements ainsi que d'une écoute active de la population.

Par ailleurs, grâce au regroupement des analyses en microbiologie, la région de Charlevoix bénéficie d'un service d'analyses en laboratoire ouvert 7 jours sur 7. Grâce à ce regroupement et à l'optimisation du travail, les délais pour l'obtention des résultats ont été réduits de façon importante, particulièrement la nuit. Il s'agit d'une amélioration significative pour le secteur des urgences et du bloc opératoire.

Programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés à l'Hôpital Saint-François d'Assise

Depuis le 11 juin dernier, le Programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) est offert dans les secteurs des îlots parents-enfants et de la pouponnière de néonatalogie de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA). Il permet de repérer les problèmes d'audition dès les premiers mois de vie et d'intervenir rapidement au besoin. Les tests de dépistage sont rapides, sans douleur et sans risque pour l'enfant. Ils se font habituellement dans les premières heures de vie, lorsque le nouveau-né est calme ou endormi. Le résultat est connu dès que le test est terminé et les parents sont informés rapidement si d'autres tests sont nécessaires. La participation au programme est volontaire.

Ce déploiement complète l'implantation du PQDSN au CHU de Québec-Université Laval amorcée en décembre 2017 au Centre mère-enfant Soleil (CMES) dans les secteurs des îlots parents-enfants, de la pouponnière et de l'unité néonatale ainsi qu'en audiologie du Service interprofessionnel du CHUL.

Niveau de soins alternatifs

L'unité de médecine de HSFA a servi d'unité pilote pour les travaux concernant l'implantation d'une nouvelle trajectoire pour les patients ayant un statut de « niveau de soins alternatifs » (NSA). Ces patients sont ceux pour qui les soins hospitaliers ne sont plus requis, mais dont le milieu de vie ne répond plus aux besoins. Ces usagers voient ainsi leur séjour à l'hôpital se prolonger, ce qui peut entraîner des conséquences importantes, dont une détérioration de l'autonomie fonctionnelle. De plus, cette situation retarde l'accès à un lit pour un usager nécessitant des soins actifs. L'objectif du

projet NSA est d'assurer le départ de l'utilisateur dès la fin de ses soins actifs vers un milieu de vie plus approprié à sa condition.

Cette nouvelle trajectoire est actuellement en consolidation à l'urgence et à l'unité de médecine de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) et, depuis le projet pilote, a été implantée aux unités de cardiologie, des soins progressifs et des soins coronariens l'HSFA. La cible de réduction de 5 % n'a toutefois pas encore été atteinte. Le déploiement se poursuivra dans les unités de chirurgie, de gynécologie, d'orthopédie, de soins palliatifs et de Service multi-clientèle, ce qui conclura le déploiement dans cet hôpital. Par la suite, le Projet NSA sera étendu aux autres hôpitaux du CHU.

Amélioration du taux d'utilisation des blocs opératoires et diminution des listes d'attente en chirurgie

Au cours de la dernière année, plusieurs actions ont été entreprises afin d'améliorer l'accès aux patients dans la grande trajectoire chirurgicale. L'optimisation de l'utilisation des blocs opératoires et l'accès aux lits de chirurgie ont particulièrement été touchés par ces actions. Grâce à la collaboration des anesthésistes et des chirurgiens en cogestion médicale, la phase 2 du plan clinique nous a permis d'ajouter 240 priorités opératoires au bénéfice de nos clientèles. Afin de répondre aux besoins populationnels qui évoluent, nous avons également développé les outils permettant de nous assurer que le temps opératoire est octroyé au bon patient, au bon moment. De plus, les déplacements des clientèles et des spécialistes entre les différents sites du CHU ont été orchestrés afin d'optimiser les services, tandis que le déploiement de la planification chirurgicale sera bientôt terminé dans tous nos milieux. En parallèle, d'autres travaux sont en cours pour certaines spécialités chirurgicales afin de nous adapter à l'évolution des besoins et de déployer les stratégies nécessaires.

La trajectoire d'arthroplastie de la hanche et du genou en chirurgie d'un jour, la révision de l'offre de service globale pour la chirurgie robotisée et certains projets spécifiques de planification de départs sur les unités de soins ont fait l'objet d'autres travaux ayant pour but d'assurer une meilleure qualité des soins dans les meilleurs délais.

Grâce à la mobilisation de toutes les directions et aux différentes actions entreprises, nous avons réussi à accroître l'efficacité et la productivité des blocs opératoires, ce qui se traduit principalement par une forte diminution du nombre de patients sur les listes d'attente et du nombre de patients hors délais. Ainsi, la liste des patients en attente d'une chirurgie a diminué de plus de 800 patients, et ce, malgré 1500 demandes de chirurgie supplémentaires.

Enfin, des travaux ont mené à l'ouverture d'une sixième salle de chirurgie au Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO). Cette salle dédiée à la chirurgie de la cataracte vise à résorber la liste d'attente de plus de 4 000 patients en clinique externe, puisqu'elle permet d'opérer 3 000 cataractes de plus par année. Les effets positifs qui en découlent sont déjà importants. Par ailleurs, nous avons poursuivi nos travaux en vue d'améliorer les processus de travail et la performance de même que l'expérience patient pour l'ensemble du bloc opératoire du CUO. C'est dans ce contexte qu'en nous basant sur les données probantes, nous avons mis fin au jeûne préopératoire pour la chirurgie de la cataracte. Cela constitue une autre amélioration tangible de l'expérience patient.

Toujours dans le but de **faciliter l'accès aux services**, quelques projets d'amélioration ont été entrepris avec des partenaires locaux. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- **Inauguration de la Maison Lémerveil Suzanne Vachon**

En tant qu'experts en soins médicaux, infirmiers, pharmaceutiques, nutritionnels et de réadaptation, les professionnels du CHU ont collaboré à la mise sur pied de la Maison Lémerveil Suzanne Vachon avec l'organisme Laura Lémerveil, la Fondation Famille Jules-Dallaire et le CIUSSS de la Capitale-Nationale. La Maison Lémerveil a été inaugurée en avril 2018. C'est la première maison de soins palliatifs pédiatriques et de répit pour polyhandicapés à Québec. Elle permet aux jeunes patients aux prises avec une maladie incurable de recevoir des soins spécialisés complémentaires à ceux reçus en milieu hospitalier et à domicile. Parallèlement, les parents et les proches de ces enfants y trouvent du répit.

- **Mise en ligne du site Internet Soins complexes à domicile pour enfants**

Sous la direction de l'Hôpital de Montréal pour enfants, le CHU a collaboré à la création du site Internet www.soinscomplexesadomicilepourenfants.com qui vise à outiller les familles ainsi que les aidants professionnels et non professionnels en pratiques de soins pédiatriques complexes à domicile.

- **Création du Service intégré en abus et maltraitance**

Le CHU a participé à une démarche d'amélioration des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux pour les enfants victime d'abus physiques ou de maltraitance. Le but était de permettre une prise en charge complète sous un même toit afin d'éviter la multiplication des interventions et des déplacements qui augmentent

le stress et la victimisation de l'enfant. Le Service intégré en abus et maltraitance (SIAM), où l'on trouve la présence des corps policiers municipaux et provinciaux, les procureurs de la couronne, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et l'expertise médicale du CHU de Québec-Université Laval, a ouvert ses portes le 16 août 2018.

Poursuivre l'évaluation de l'expérience vécue par les patients et la mise en œuvre des mesures d'amélioration dans les secteurs ciblés

Au cours de la dernière année, le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) a mené des évaluations de l'expérience patient dans plusieurs secteurs de soins et services. La clientèle des urgences, des cliniques externes de soins ambulatoires (19 secteurs) et de l'inhalothérapie de nos cinq hôpitaux ont participé aux évaluations, tout comme la clientèle en soins palliatifs (quatre hôpitaux), à la clinique ambulatoire de greffe rénale, à la clinique interdisciplinaire en cancer de la prostate et en chirurgie-cardiologie pédiatrique du CHUL. Ces études ont permis de sonder un total de 2248 patients.

La transmission des résultats de ces études se fait auprès des équipes terrain et des équipes d'amélioration continue de la qualité (EACQ), mais également auprès du comité clinique stratégique et du comité des services aux clientèles de notre conseil d'administration. Ces résultats guident les équipes dans le choix des actions à mettre en place pour améliorer l'expérience patient et la qualité des services.

D'autres évaluations de l'expérience patient sont toujours en cours. Elles sont menées auprès de parents d'enfants hospitalisés (néonatalogie, oncologie pédiatrique, médecine 0 à 3 ans ou 4 à 17 ans et soins intensifs pédiatriques), auprès d'une clientèle adulte en cardiologie (Hôpital de l'Enfant-Jésus) et en oncologie (sondage sur la vie après le cancer). Un sondage concernant la présence parentale au chevet d'un enfant transporté par avion-hôpital a aussi été entrepris au cours de l'année.

Au cours de la dernière année, le BEEPP a également amorcé un projet de recherche sur l'expérience patient en lien avec la détresse et le deuil en contexte de don d'organes d'un proche décédé. Enfin, le BEEPP collabore occasionnellement aux projets de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Ainsi, le BEEPP a participé cette année à l'évaluation de l'expérience des parents dans le cadre du projet *Organisation des pratiques de sédation-anesthésie lors des examens d'imagerie par résonance magnétique en pédiatrie*.

Agrément 2019

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

- le bilan comparatif des médicaments;
- le consentement;
- le cheminement des usagers (prévention et gestion de l'engorgement à l'urgence);
- la transmission de l'information aux points de transition des soins;
- l'identification des usagers;
- l'intégration des patients partenaires dans les équipes d'amélioration continue de la qualité.

Les équipes travaillent sans relâche afin d'offrir des soins et des services sécuritaires à tous les usagers.

De plus, le CHU se prépare aux prochaines visites d'agrément qui auront lieu en septembre 2019. À cet effet, en février et en mars 2019, deux sondages ont été menés auprès des membres du personnel : le sondage PULSE sur la qualité de vie au travail auprès des médecins et, en parallèle, le sondage sur la culture de sécurité de l'organisation auprès des autres intervenants du CHU. Ce dernier a d'ailleurs connu un record de participation (1125 participants au lieu de 950 en 2014, ce qui représente une augmentation de 16 %). Enfin, plusieurs articles ont été publiés dans le journal interne, *Le Chuchoteur*, sur le sujet pour inciter les gens à répondre aux sondages et pour expliquer le déroulement des visites d'Agrément Canada qui auront lieu à l'automne.

Toutes les données recueillies grâce aux sondages et lors des visites seront utilisées pour mettre en place des mesures d'amélioration.

Amélioration de l'expérience patient et des soins

Afin de prioriser l'expérience patient et de mieux répondre à leurs besoins, plusieurs projets ont été concrétisés, et ce, de l'accueil à l'hôpital jusqu'au suivi post-traitements, en passant par de nouveaux services.

Accueil et déplacements des usagers

Un accueil plus fluide et plus personnalisé

Le projet Carrefour patients du CHUL a pour objectif de rendre plus fluide l'accueil des usagers pour quelques spécialités (allergie-immunologie, chirurgie, chirurgie mineure, dermatologie, fibroscan, gynécologie, orthopédie adulte, orthopédie pédiatrique, radiologie et rhumatologie). Lorsque des patients font la file, un agent se rend à eux et s'informe des raisons de leur visite. Parfois, il est possible de répondre aux besoins du patient à l'aide d'une tablette électronique, avant même qu'il ne se présente au comptoir d'accueil, comme lorsqu'il s'agit de produire une carte de l'hôpital. Cette nouvelle approche fait économiser du temps aux patients et aux agents à l'accueil. De plus, les heures d'ouverture de l'accueil ont augmenté, ce qui permet aux usagers de s'y présenter entre 7 et 17 h en semaine.

Un outil Web pour faciliter les déplacements des usagers

Depuis octobre 2018, le CHU offre à ses usagers un outil Web, le site merendre.ca, qui facilite les déplacements dans le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). En entrant le lieu de départ et la destination voulue sur un téléphone intelligent ou sur une tablette, un itinéraire est proposé sous forme de plan interactif. Le site est également accessible sur ordinateur, pour les usagers qui voudraient vérifier le trajet à effectuer dans l'hôpital avant leur visite et le faire imprimer au besoin. Le CHU compte déployer ce nouvel outil dans ses autres hôpitaux au cours des prochaines années.

Ajout de services et amélioration des services existants

Unité d'hospitalisation court séjour à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise

Depuis juin 2018, six lits sont réservés aux patients de l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) pour qui une hospitalisation de 24 à 48 heures est demandée (exemple : infection devant d'abord être traitée par antibiotiques intraveineux). D'une part, ce nouveau service contribue au désengorgement de l'urgence tout en permettant à son personnel de se concentrer sur sa véritable mission. D'autre part, il permet d'offrir une meilleure structure de suivi au patient, puisque ce dernier est pris en charge par le médecin spécialiste qui l'a admis et non plus par le médecin de l'urgence.

Un nouveau test diagnostic pour la maladie de Parkinson

Depuis mai 2018, les patients du CHU bénéficient du nouveau test d'imagerie cérébrale DatScan pour confirmer le diagnostic de la maladie de Parkinson. Le test facilite l'obtention des données nécessaires pour établir le bon diagnostic, parfois difficile à établir, notamment chez les patients dont les symptômes sont atypiques. La possibilité d'identifier la maladie plus tôt permet d'entamer plus rapidement le bon traitement.

Une nouvelle thérapie pour la suppléance rénale

Une nouvelle thérapie pour traiter l'insuffisance rénale est maintenant offerte aux soins intensifs de L'Hôtel-Dieu de Québec. Cette nouvelle technique qui est effectuée pendant la nuit offre notamment l'avantage d'une plus grande disponibilité du patient pendant le jour pour ses examens et sa mobilisation. De plus, cette technique est environ dix fois moins coûteuse que les autres options.

Suivi photographique à distance pour les grands brûlés et les patients de plastie

L'implantation d'un suivi photographique des plaies des patients de plastie et des grands brûlés offre aux patients des régions un accès aux spécialistes pour tout ce qui touche au soin des plaies. Ce suivi effectué par la modalité de la télésanté permet d'éviter des frais de transport ainsi qu'une hospitalisation ou, dans certains cas, de réduire le temps de celle-ci.

Amélioration des services à la clinique d'insuffisance cardiaque

Un réaménagement des horaires et des processus ont permis de réduire considérablement le temps de passage des patients à la clinique d'insuffisance cardiaque de l'Hôpital du Saint-Sacrement (le temps de passage est passé de 4-5 heures à 1 heure en moyenne) tout en améliorant significativement la qualité des soins et services offerts.

Création de la clinique Santé de la femme du service de radio-oncologie

La Clinique Santé de la femme est un service infirmier offert aux patientes recevant des traitements de radiothérapie pelvienne. Elle a pour objectif de regrouper et de synthétiser les informations pour faciliter l'adaptation et la gestion des toxicités. La clinique facilite également de faciliter l'accès aux autres services existants par l'évaluation des besoins des patientes et par des références.

Projet pilote pour l'accompagnement des personnes atteintes de cancer

Une équipe d'infirmières a implanté un projet pilote pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de cancer. Le projet vise à ce que ces personnes adoptent des habitudes et des comportements qui favorisent la gestion de leur santé une fois les traitements terminés. Parmi les aspects abordés, on trouve l'autonomie, les suivis médicaux, le retour à la normale, l'image corporelle, la nutrition, les effets secondaires, les finances et le retour ou non au travail.

Actualiser le programme Meilleurs ensemble et mettre en place une réelle approche d'intégration et d'accueil pour les proches aidants et les familles

Meilleurs ensemble est une campagne de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Cette campagne propose aux hôpitaux et aux organismes de santé d'adopter des politiques favorisant la présence en tout temps de la famille et des proches auprès des patients.

Dans le cadre de cette campagne, le CHU s'est engagé dans deux projets pilotes au cours de la dernière année, soit ceux des soins intensifs de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'unité coronarienne de L'Hôtel-Dieu de Québec. De plus, en février 2019, le CHU a entrepris une étude pilote visant à mieux connaître les opinions et les besoins des membres des équipes de soins et des gestionnaires concernés. Cette consultation vise à impliquer les parties prenantes dans l'instauration des changements en lien avec l'implantation du modèle d'intégration des proches comme partenaires des soins et services.

Des ajustements ont depuis été apportés au modèle testé au cours des projets pilotes et les prochaines étapes de déploiement sont en cours de planification. Notre participation à cette campagne entraînera une révision de la politique actuelle concernant les visites et l'adoption d'une nouvelle politique de présence de la famille et des proches aidants.

Au cours de la dernière année, le BEEPP a également développé un modèle d'organisation du partenariat avec nos patients et leurs proches, modèle qui a d'ailleurs été adopté par le conseil d'administration du CHU en juin 2018. En collaboration avec le comité des usagers, le BEEPP a de plus présenté une proposition de projet au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce projet a pour objectif de mobiliser les différents intervenants autour d'une vision partagée de l'approche de partenariat et de son intégration dans une optique d'éthique organisationnelle. Pour le réaliser, des groupes de discussion seront créés et des entrevues seront réalisées avec les personnes concernées afin de développer, en co-construction, une culture du partenariat.

Enfin, le BEEPP a développé différents partenariats de recherche et d'enseignement avec les institutions locales, notamment avec la Faculté des sciences infirmières et l'École de design de l'Université Laval. Il collabore également à un projet multicentrique, dirigé par la D^{re} Marie-Pascale Pomey de l'Université de Montréal, sur l'évaluation de l'implantation de patients-ressources en oncologie et avec le CHU de Rouen sur un projet portant sur l'organisation et la mise en œuvre de la démarche patient partenaire.

**Nous
atteignons
les plus hauts
standards de
qualité**

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

2

Objectifs prioritaires 2018-2019

Soutenir davantage notre précieuse main-d'œuvre, stabiliser les équipes afin d'augmenter le sentiment d'appartenance, apporter des solutions pérennes aux enjeux de recrutement, de rétention, de développement des compétences et de l'expertise.

En cette période de rareté de main-d'œuvre et où les besoins se font particulièrement sentir sur les unités de soins, le CHU a déployé diverses stratégies afin de conserver ses employés et d'en attirer de nouveaux, toujours dans l'optique de maintenir, voire d'accroître, la qualité de nos soins et de nos services. Voici les principales actions qui ont été entreprises en ce sens :

- **Activités de recrutement**

Le CHU n'a pas ménagé ses efforts au cours de la dernière année afin de recruter de nouveaux employés. Ainsi, le CHU a participé en avril 2018 ainsi qu'en mars 2019 aux 20^e et 21^e foires de l'emploi de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches avec des centaines d'emplois à offrir dans de multiples secteurs d'activité.

De plus, le CHU a développé une stratégie pour faire connaître les postes offerts sur les réseaux sociaux. Des campagnes spécifiques pour recruter des étudiants pendant l'été et pour utiliser les employés actuels comme ambassadeurs auprès des membres de leur famille en recherche d'emploi ont aussi été déployées.

En incluant la campagne de consultation *En mode solutions* (voir ci-dessous), ce sont 87 % des corps d'emploi qui font l'objet d'un plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre.

- **Campagne *En mode solutions***

Le CHU a démarré la campagne de consultation *En mode solutions* auprès des équipes soignantes afin de trouver des idées novatrices pour résoudre les problèmes de recrutement et de rétention du personnel. Cette vaste campagne se poursuivra tout au long de l'année 2019-2020 auprès des autres corps d'emploi touchés par la pénurie de main-d'œuvre. Entre-temps, les solutions proposées seront concrétisées si possible.

- **Participation de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à titre de site pilote au projet Ratios**

Le projet Ratios s'est déroulé à l'unité de médecine de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus entre juin 2018 et mars 2019. Il avait pour but de documenter les effets de l'implantation de ratios par patient sur la dispensation des soins et des services ainsi que sur les conditions d'exercice du personnel de l'établissement.

- **Poursuivre la mise en place de stratégies novatrices afin de réduire les infections nosocomiales et atteindre un taux optimal d'hygiène des mains**

Au CHU de Québec-Université Laval, tout le personnel est formé à l'hygiène des mains dès l'embauche par un membre de l'équipe de la prévention et du contrôle des infections (PCI). De plus, un engagement en matière d'hygiène des mains doit être signé par tout nouvel employé.

La Semaine de l'hygiène des mains s'est tenue du 30 avril au 4 mai 2018. Pendant cette semaine, en plus de rappels sur les quatre moments de l'hygiène des mains, la vidéo *Rendre l'invisible visible* a été mise en ligne sur le site intranet du CHU. Cette vidéo démontre les dangers de la contamination lorsque les règles d'hygiène ne sont pas bien respectées. De plus, un guide d'activités destiné aux gestionnaires et au personnel clinique a également été mis en ligne; il comprend une dizaine d'activités visant à sensibiliser les équipes à l'importance d'une bonne hygiène des mains.

En parallèle, l'équipe de la PCI a réalisé et diffusé des capsules vidéo dans les secteurs où cela était jugé nécessaire afin de rappeler les bonnes pratiques pour éviter les éclosions, s'assurer d'effectuer des désinfections efficaces ainsi que de bien respecter les zones propres et souillées.

Deux fois par année, l'équipe du programme de prévention et contrôle des infections propose de l'accompagnement supervisé pour les moments de l'hygiène des mains à tous les travailleurs du CHU.

Par ailleurs, les gestionnaires des unités cliniques reçoivent chaque deux mois le bilan du taux d'hygiène des mains par unité de soins et par hôpital. Les unités sont certifiées chaque année en mai selon le taux qu'elles ont atteint.

Enfin, les agents de PCI et les préposés aux bénéficiaires ressources reçoivent des formations chaque année, notamment lors des Olympiades (ateliers de mise en situation) qui se déroulent à la fin avril.

- **Atteindre les plus hauts standards de qualité en innovant**

Les équipes du CHU ont toutes pour objectif d'assurer des soins sécuritaires et de qualité aux patients. Elles sont également à la recherche constante des innovations qui vont au-delà de ces objectifs en améliorant les soins ou qui repoussent les limites des interventions possibles. Parmi les innovations de la dernière année, trois ont été des premières qui ont un grand impact sur les patients.

- **Le Centre québécois d'expertise en implant cochléaire réalise une première en Amérique du Nord**

L'équipe du Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC) a réalisé une première nord-américaine en activant un implant cochléaire dès le lendemain de la chirurgie. Auparavant, les patients devaient attendre environ quatre semaines avant l'activation de leur implant.

Depuis janvier 2019, toutes les personnes implantées au Québec peuvent maintenant profiter de cette innovation qui, en plus de réduire le stress et de permettre un meilleur ajustement de l'implant, réduit la durée de l'hospitalisation (maximum de trois jours au lieu de deux semaines) et de la convalescence (deux semaines au lieu de quatre).

- **Une première canadienne : une greffe de lentille télescopique**

Le Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CHU a procédé, pour la toute première fois au Canada, à la greffe d'une lentille télescopique chez une patiente atteinte de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

- **Une révolution dans le traitement des grands brûlés, une première mondiale**

Une équipe de chercheurs du centre de recherche en organogénèse expérimentale de l'Université Laval (LOEX) a développé une nouvelle méthode de reconstruction des greffons de peau à partir des cellules du patient brûlé. Le tissu développé par le LOEX demeure souple et mince après sa prise en place sur le patient et réduit donc le recours aux chirurgies de retouche. Un article sur cette innovation importante a été publié par l'équipe dans la revue scientifique *European Cells and Materials (eCM) Journal*.

- **Atteindre les plus hauts standards de qualité en assurant la sécurité**

Lorsqu'une personne se présente à l'urgence d'un hôpital participant au Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) et qu'elle est blessée, empoisonnée ou intoxiquée, on lui demande de remplir un questionnaire qui a pour but de déterminer ce qui a causé la blessure, l'empoisonnement ou l'intoxication. Les réponses fournies par le patient ou par son accompagnateur alimentent la base de données pancanadienne SCHIRPT qui a pour objectif de réduire le nombre et la gravité des blessures; elle permet à l'Agence de la santé publique du Canada de créer des programmes, d'établir des politiques, de mettre sur pied des campagnes de sensibilisation, voire de bannir certains produits dangereux.

Au Canada, SCHIRPT existe depuis 1990 dans certains hôpitaux pédiatriques. En 1991, il a également été implanté dans certains hôpitaux généraux, dont l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Le programme a depuis été établi dans 18 autres hôpitaux canadiens, dont l'Hôpital du Saint-Sacrement au début du mois de septembre 2018. L'Hôpital du Saint-Sacrement présente un intérêt particulier pour ce programme puisque sa clientèle est en grande partie gériatrique.

Quand on sait que « les blessures constituent la plus grande menace pour la santé des enfants canadiens et la principale cause de décès et d'invalidité chez les personnes de tout âge »¹, on comprend à quel point SCHIRPT peut être utile. En effet, c'est grâce aux données probantes recueillies par le programme que la cause des blessures et la manière de les prévenir peuvent être mieux comprises.

Nous nous distinguons parmi les meilleurs

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

3

Objectifs prioritaires 2018-2019

Poursuivre les travaux préparatoires au financement axé sur le patient afin de maintenir l'équilibre budgétaire et la performance de l'organisation et augmenter la pertinence des pratiques cliniques, médicales et organisationnelles.

- **Augmenter la pertinence des pratiques cliniques**

L'amélioration de la pertinence des pratiques cliniques est essentielle au maintien de l'efficacité et à une saine gestion budgétaire. Elle passe par deux chantiers principaux, soit celui de la pertinence clinique et celui du calcul du coût par parcours de soins.

- **Chantier de la pertinence clinique**

Le Comité de pilotage du chantier d'amélioration de la pertinence clinique poursuit ses travaux. Ceux-ci ont pour objectif d'évaluer et d'améliorer la pertinence des soins et des actes médicaux prodigués dans l'établissement, avec la préoccupation de maintenir un haut niveau de qualité tout en permettant une allocation judicieuse des ressources. Le comité reçoit le soutien de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UÉTMIS) pour mener à bien ces travaux, notamment par l'actualisation d'un outil de priorisation des interventions pertinentes en milieu hospitalier.

- **Calcul du coût par parcours de soins**

La Direction de la performance clinique et organisationnelle (DPCO) du CHU est chargée de calculer le coût par parcours de soins dans le cadre du déploiement du financement axé sur le patient. Au cours des derniers mois, les données financières et cliniques de tous les systèmes d'information du CHU pour l'année financière 2016-2017 ont été intégrées à un nouveau logiciel, puis analysées. Le travail se poursuivra sous peu avec l'analyse des données de l'année financière 2017-2018.

- **Augmenter la pertinence des pratiques organisationnelles**

La préparation pour le Sommet du G7, qui s'est déroulé en juin 2018 à La Malbaie, a été l'occasion d'augmenter la résilience et la capacité de réponse de notre organisation en cas d'urgences. Nous avons créé divers outils, dont celui pour le rappel massif au travail en situation d'urgence. Nous avons revu plusieurs procédures qui nous permettent maintenant de répondre plus efficacement à l'arrivée massive de blessés, de mieux communiquer et de mieux utiliser nos ressources en cas d'événement majeur, ce qui permet d'augmenter notre performance organisationnelle.

Prix et distinctions

Tout au long de l'année 2018-2019, le CHU et ceux qui y œuvrent ont reçu de nombreux prix et distinctions. Parmi ceux-ci, notons :

La D^{re} Louise Provencher, chirurgienne-oncologue au CHU, s'est vu décerner le titre de Grande Québécoise secteur de la santé pour l'année 2018. La Dre Provencher est la première femme chirurgienne générale dans la région de la Capitale-Nationale, la première présidente du Comité provincial de cancérologie mammaire relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux et la première femme directrice du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia du CHU.



M^{me} Valérie Dancause, infirmière et adjointe à la directrice des soins infirmiers pour le volet Programme de prévention et contrôle des infections au CHU, a reçu le prestigieux Prix Florence - Pratique collaborative de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). Les Prix Florence sont remis aux infirmières et infirmiers qui ont marqué la profession grâce à leurs réalisations.

Le D^r Robert Delage, hématologue et professeur, a reçu un prix d'excellence de l'Université Laval, soit le prix Distinction en enseignement pour les professeurs. Le D^r Delage transmet ses connaissances aux étudiants du pré-clinique du programme de doctorat de premier cycle ainsi qu'aux médecins en résidence. Il intervient aussi dans plusieurs cours des programmes de doctorat de premier cycle en pharmacie et en biologie moléculaire. Les prix d'excellence en enseignement sont remis chaque année par l'Université Laval pour souligner la qualité, la pertinence et le caractère novateur du travail de ses professeurs.



Le prix d'excellence 2018 du Collège des médecins a été remis au D^r Rémi W. Bouchard, neurologue et directeur de la Clinique interdisciplinaire de mémoire de Québec, pour la brillante carrière qu'il a consacrée à l'évaluation et au traitement des maladies neurodégénératives. Le prix d'excellence du Collège des médecins du Québec est remis à un médecin qui, par ses réalisations exceptionnelles, fait une différence dans la vie des patients, des professionnels de la santé ou des étudiants et qui se démarque par son apport hors du commun à l'évolution de sa profession.

Le D^r Boivin, professeur titulaire au Département de microbiologie-immunologie et infectiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval et détenteur de la Chaire de recherche du Canada sur les virus en émergence et la résistance aux antiviraux, a été intronisé à l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). L'ACSS réunit des scientifiques et chercheurs canadiens du domaine de la santé et des sciences biomédicales afin d'avoir un impact positif sur les préoccupations urgentes relatives à la santé de la population canadienne. Ses membres se penchent sur les enjeux de santé afin de recommander des solutions stratégiques concrètes.



Le D^r Jacques Corbeil, chercheur au CRCHU et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en génomique médicale, a reçu la médaille du 150^e anniversaire du Sénat. Cette médaille est décernée à des Canadiens dont la générosité, le dévouement, le bénévolat et le travail acharné contribuent à faire de leur communauté un meilleur endroit où vivre. Le D^r Corbeil a également été nommé lauréat Le Soleil/Radio-Canada.



M^{me} Gertrude Bourdon, qui a occupé les fonctions de présidente-directrice générale du CHU jusqu'en août 2018, a été honorée sur la scène internationale en se voyant décerner par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) un prix Reconnaissance. Les prix Reconnaissance honorent des membres de la profession infirmière qui ont accompli des actions particulièrement remarquables; ils sont remis une fois tous les trois ans à des lauréats dont les carrières sont une source d'inspiration et qui exercent une influence réelle sur la profession infirmière dans la francophonie. En 2018, M^{me} Bourdon a également reçu le prix Hommage 2018 de l'IAPQ ainsi qu'une plaque de reconnaissance du Cégep Limoilou pour ses accomplissements dans le réseau de la santé.

M^{me} Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe du CHU, a reçu le Prix Rachel-Bureau de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ). Ce prestigieux prix est décerné à une infirmière reconnue pour ses qualités personnelles et professionnelles, ainsi que pour sa contribution à la profession. M^{me} Grenier a également été lauréate le Soleil/Radio-Canada.



M^{me} Lise Boucher, infirmière auxiliaire au CHU, a été lauréate du Prix d'excellence Charlotte-Tassé en reconnaissance de son dévouement et de sa contribution exceptionnels à l'avancement de la profession.

À l'occasion de son gala Concert de reconnaissance, la Fondation cancer du sein du Québec a décerné le prix Relève scientifique à Lynn Gauthier, chercheuse de l'axe oncologie. Cette récompense met en lumière les travaux de cette chercheuse qui portent sur la neuropathie périphérique chimio-induite, l'un des effets secondaires liés à l'utilisation de taxane pour traiter le cancer du sein.



La D^{re} Valérie Gaudreault, présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHU, a reçu le prix de l'ACMDPQ - Reconnaissance du président en raison de son dynamisme, son dévouement, sa motivation ainsi que par sa vision innovante. Ce Prix souligne l'engagement et le leadership d'un président ou d'une présidente de CMDP membre de l'Association.

Le prix George-A. Legault de l'Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval a été remis à Stéphanie Therrien, éthicienne au CHU, pour l'excellence du Cadre conceptuel en éthique (CCE) du CHU, qu'elle a développé. Ce prix, remis tous les deux ans, a pour but de mettre en valeur des contributions significatives d'intervenants du Québec dans le domaine de l'éthique organisationnelle.





M. Daniel La Roche, directeur de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles du CHU, a été nommé au conseil d'administration du Cégep Limoilou pour un mandat de trois ans. Monsieur La Roche a été choisi après consultation des groupes socioéconomiques du territoire desservi par le Cégep.

Le Cercle des ambassadeurs de Québec a récompensé le groupe d'épithésie du CHU ainsi que les organisateurs du congrès Neutrophil pour les événements qu'ils ont organisé à Québec au cours de l'année. Le groupe d'épithésie du CHU a également collaboré à l'exposition *Mon sosie à 2000 ans* du Musée de la civilisation de Québec.



Les travaux de l'équipe du Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) du CHU sur la greffe de cornée ont fait l'objet d'un grand reportage dans le célèbre magazine *National Geographic* du mois de décembre 2018.

Lors du Gala du prisme d'excellence 2018 de l'International Coach Federation Québec (ICFQC), le CHU a reçu le Prisme d'excellence - Grande entreprise. Ce prix souligne les initiatives de coaching remarquables au sein d'entreprises.



Le Prix Phare

Le Service du développement des personnes et du soutien à la transformation de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) du CHU a reçu le prix Phare lors du Colloque de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) pour son programme intégré de coaching visant le développement des gestionnaires de l'organisation. Ce prix reconnaît la pratique d'une organisation qui s'est distinguée au regard des trois valeurs de la SQPTO, soit la personne au centre des organisations, la coopération au service de la communauté et la rigueur dans l'action fondée sur la recherche et la pratique.



À l'occasion du Forum en sécurité civile - Santé et Services sociaux, l'équipe de la Formation continue partagée du CHU a remporté le prix provincial Roger Flaschner - Innovation pour l'amélioration des pratiques en sécurité civile et mesures d'urgence pour la réalisation de la formation en ligne Code rouge. Ce prix vise à reconnaître une réalisation qui a contribué à l'amélioration des pratiques en sécurité civile.

Le CHU s'est distingué sur les scènes canadienne et internationale alors que trois de ses hôpitaux ont été désignés parmi les meilleurs au monde, selon le magazine américain *Newsweek* : l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le CHUL et l'Hôpital du Saint-Sacrement se sont classés parmi les 1 000 meilleurs hôpitaux à travers le monde, et parmi les 75 meilleurs hôpitaux au Canada, selon le palmarès. Le score obtenu par chaque hôpital repose à la fois sur l'évaluation des 10 000 professionnels de la santé sondés, sur l'évaluation de patients de même que sur des indicateurs de performance basés notamment sur la qualité des traitements offerts et les mesures d'hygiène.

Nous construisons un véritable CHU

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

4

Objectifs prioritaires 2018-2019

- **Utiliser le nouveau complexe hospitalier comme levier afin de poursuivre la transformation du CHU de Québec-Université Laval par l'harmonisation des pratiques et la révision de nos modes de fonctionnement dans tous nos hôpitaux.**

Le nouveau complexe hospitalier (NCH) est une occasion unique de créer l'hôpital de demain. Chambres individuelles, environnement sécuritaire, capacités accrues, aménagements lumineux, ajout d'espaces verts et équipements de pointe ne sont que quelques-uns des avantages que représente cette nouvelle construction. Il s'agit d'un gain notable pour toute la population de Québec, mais aussi pour celle de l'est du Québec qui y recevra des soins spécialisés par des équipes reconnues pour leur expertise.

Véritable pôle d'innovation, le NCH comprendra un nouveau centre de recherche à la fine pointe de la technologie, l'ajout d'un cyclotron permettant la production d'isotopes médicaux pour la recherche et les soins, d'un TEP/CT en imagerie médicale dédié à la recherche, des laboratoires humides de grande taille sur plusieurs niveaux ainsi que des plateformes de services spécialisés pour la recherche fondamentale en oncologie. Le NCH sera également un pôle majeur de formation et d'enseignement pour tout l'est du Québec.

Plateforme clinico-logistique (PCL)

Le projet du NCH comprend la construction d'une plateforme clinico-logistique (PCL). Cette plateforme novatrice regroupera les services de pharmacie, alimentaire et d'entreposage, de reprographie et de distribution de fournitures. Ces services sont présentement dispersés dans les cinq hôpitaux du CHU; la concentration des services en un seul site permettra d'optimiser leur organisation et de mieux soutenir les activités cliniques de l'ensemble des hôpitaux du CHU. La logistique hospitalière connaîtra une augmentation de son efficacité et de son efficience puisque la mise en place de la PCL permettra de dégager les équipes cliniques de certaines tâches pour mieux se concentrer sur les soins aux patients.

En décembre dernier, plus d'une centaine de personnes ont assisté à un atelier intégrateur en prévision de la mise en fonction de PCL prévue en 2019. Cet atelier a été l'occasion d'identifier les enjeux possibles et d'impliquer les gestionnaires dans l'organisation de cette nouvelle manière de fonctionner. L'atelier a également permis de présenter les objectifs, les infrastructures et les différents secteurs d'activités aux chefs des unités touchées par cette innovation ainsi qu'aux collaborateurs impliqués dans ce projet.

Centre intégré de cancérologie (CIC)

Le Centre intégré de cancérologie (CIC) du NCH regroupera les principaux services ambulatoires spécialisés et surspécialisés offerts en cancérologie; il permettra d'intégrer la recherche clinique en cancérologie et d'offrir des services d'enseignement et de formation. On y trouvera les activités de radio-oncologie, de curiethérapie, de chimiothérapie ainsi que le service de consultations externes en oncologie. Sa construction est bien amorcée et sa livraison est toujours prévue pour 2020.

Harmonisation des pratiques

En parallèle de la construction du nouveau complexe hospitalier, plusieurs initiatives d'harmonisation des pratiques ont vu le jour. En voici une énumération sommaire.

Processus réinventé du soutien aux opérations cliniques pour l'excellence des soins infirmiers

L'équipe du soutien aux opérations cliniques, née d'une réorganisation au sein de la Direction des soins infirmiers, est composée des conseillères en soins infirmiers (CSI) et d'infirmières cliniciennes monitrices des secteurs spécialisés. Cette équipe permet notamment de répondre aux besoins prioritaires des unités de soins ainsi que de soutenir et de consolider les meilleures pratiques.

Optimisation des compétences infirmières en salle de réveil à HSS

Les infirmières des salles d'opération de l'Hôpital du Saint-Sacrement doivent aussi travailler à la salle de réveil pendant les périodes de fermeture du bloc opératoire (soir, nuit, fins de semaine). L'équipe médicale d'anesthésiologie, le chef d'unité, les partenaires de la Direction des soins infirmiers et l'équipe soignante ont développé une formation spécifique pour répondre aux besoins des infirmières qui ont moins d'expérience en la salle de réveil.

Harmonisation des procédures de réanimation

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a créé un comité de réanimation. Ce comité regroupe des médecins, des infirmières de la direction des soins infirmiers, des pharmaciennes, des inhalothérapeutes, des chefs d'unité et des gestionnaires. Il a travaillé sur l'harmonisation des processus et des ressources de réanimation entre les cinq hôpitaux du CHU.

Réorganisation clinique de l'unité de chirurgie au CHUL

Une réorganisation et une uniformisation des méthodes de travail ont permis d'offrir de meilleurs soins aux patients tout en favorisant l'accès aux lits de chirurgie, ce qui à son tour permet aux patients d'avoir leur chirurgie au bon moment.

Harmonisation de la structure du iPlan et autres outils informatiques

L'harmonisation de la structure du iPlan, des plans de soins types et du Plan thérapeutique infirmier (PTI) informatisé permet une meilleure planification des soins aux usagers, une plus grande pertinence dans la documentation des soins infirmiers et une optimisation de l'utilisation du PTI.

Harmonisation de la trajectoire des requêtes de services professionnels pour la clientèle hospitalisée

L'équipe du service interprofessionnel a revu son fonctionnement et a proposé une trajectoire harmonisée pour l'ensemble des requêtes de services professionnels pour la clientèle hospitalisée. Cette nouvelle trajectoire favorise l'utilisation optimale des ressources humaines en plus de centraliser les ressources informationnelles et de contribuer à diminuer l'usage du papier.

Réorganisation des services en dysphagie adulte

Une révision de l'organisation des services offerts en dysphagie pour la clientèle adulte hospitalisée a mené à la création d'une nouvelle trajectoire bâtie autour d'un modèle clinique interdisciplinaire unique au Québec.

Création d'une fiche clinique pour les urgences

La création d'une fiche clinique des urgences a permis d'harmoniser les pratiques infirmières quant à la documentation dans le dossier patient, et ce, pour les cinq urgences du CHU. Ce nouvel outil assure aussi la traçabilité de l'ensemble des interventions entre les divers professionnels de la santé, diminue le nombre de formulaires dans le dossier patient, réduit le temps infirmier consacré aux tâches clinico-administratives tout en limitant les risques erreurs, répond aux normes d'Agrément Canada et améliore la communication entre les différents professionnels.

Création d'un guichet unique de services en pathologie pour les projets de recherche

Le service de pathologie a implanté un guichet unique pour traiter les quelque 500 demandes annuelles de collaboration à des projets de recherche. Ce guichet permet d'améliorer les délais de traitement des demandes et d'assurer la traçabilité des spécimens liés aux projets de recherche en pathologie. Ce projet contribue à la mise en œuvre du Plan stratégique de recherche clinique du CHU.

Poursuivre l'implantation de la philosophie *lean* axée sur la création de valeurs dans la modernisation de nos processus de soins, de services et de gestion

L'implantation du système de gestion *lean* s'est poursuivie au CHU au cours de la dernière année financière. Le système a ainsi été déployé à L'Hôtel-Dieu de Québec à l'hiver 2018, puis à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à l'automne suivant. De plus, deux importants secteurs non cliniques de la Direction générale adjointe soutien et administration sont passés en mode *lean*, soit la Direction des services techniques et la Direction de la logistique.

En parallèle de cette progression du système, l'organisation de la salle de pilotage stratégique a été améliorée, alors que sept nouvelles salles de pilotage tactique ont été aménagées dans autant de directions cliniques, conformément aux exigences ministérielles.

Enfin, le virage kata a été amorcé et l'utilisation de la cascade est en constante augmentation, ce qui témoigne d'une intéressante progression dans la maîtrise des outils et des techniques propres au système de gestion *lean*.

Principaux projets de développement immobilier au CHU

CHU	Dépenses 2018-2019
Mise à niveau des hottes selon la norme ANSI 49	5 600 \$
Inspection préventive des façades des bâtiments, phase 2	11 000 \$
Remplacement des équipements de production et de distribution alimentaire	582 000 \$
Rehaussement des chaînes analytiques des laboratoires	155 000 \$
Externalisation des servies (PCL) - Travaux préparatoires pour l'adaptation des sites	15 000 \$
Sous-total	768 600 \$

CHUL	Dépenses 2018-2019
Implantation du monitoring foetal	10 000 \$
Installation de la graphie en maxillo-facial (PANOREX)	20 000 \$
Mise à niveau des unités de soins adultes - Unités coronariennes et soins intensifs	5 300 000 \$
Mise aux normes de la morgue	10 000 \$
Réaménagement du carrefour patient	600 000 \$
Réaménagement majeur pour le programme d'oncologie pédiatrique au CMES	4 800 000 \$
Recherche - Mise à niveau du laboratoire NC3 au R-00713	180 000 \$
Réfection du système de gaz médicaux - Compresseur à air	35 000 \$
Rehaussement de la chaîne analytique - Volet banque de sang (OPTILAB)	155 000 \$
Remplacement de la résonance magnétique (IRM 1.5 Tesla) - Agrandissement	10 000 \$
Remplacement de la salle de fluoroscopie n° 6 - Réaménagement	10 000 \$
Remplacement des équipements de dentisterie	42 000 \$
Remplacement du réservoir d'huile n° 1	245 000 \$
Remplacement du tomодensitomètre - Agrandissement	134 000 \$
Rapatriement de la neurochirurgie pédiatrique - Volet Bloc opératoire (entre salles 4 et 7)	357 000 \$
Rapatriement de la neurochirurgie pédiatrique - Volet Soins intensifs pédiatriques (ajout de 8 lits)	376 000 \$
Rapatriement de la neurochirurgie pédiatrique - Volet Soins intensifs pédiatriques transitoires	60 000 \$
Travaux de mise aux normes	193 000 \$
Sous-total	12 537 000 \$

L'HDQ	Dépenses 2018-2019
Aménagement d'une salle de bain adaptée au 13 500	2 000 \$
Installation de la boîte de synthèses (Ga-68)	8 500 \$
Installation de PLM	11 500 \$
Mise aux normes des colonnes de drainage et des montées d'eau au bâtiment 500	4 000 \$
Mise aux normes des réservoirs pétroliers au McMahon et au CRCEO	66 000 \$
Réfection de la maçonnerie (1-5 ans)	4 500 \$
Réfection de la toiture de la salle de mécanique - Bâtiment 500	48 000 \$
Rehaussement de la chaîne analytique - Volet laboratoire multi (OPTILAB)	63 000 \$
Remplacement de compresseur d'air médical	1 500 \$
Remplacement de systèmes de cloches d'appel	92 000 \$
Remplacement du TEP-CT	61 000 \$
Remplacement d'un refroidisseur (Trane 350 tonnes)	42 000 \$
Travaux de mise aux normes divers	315 000 \$
Sous-total	719 000 \$

HEJ	Dépenses 2018-2019
Installation d'un séchoir à instruments à l'URDM	279 000 \$
Mise aux normes - MALT placards informatiques	257 000 \$
Mise aux normes - M.A.N. alarmes incendie	19 000 \$
RDMA - Ailes I et O	382 000 \$
RDMA - Réfection des ascenseurs n° 5 (Aile E) et n°s 7-8 (Aile H)	708 000 \$
Réaménagement de la laverie et remplacement du lave-vaisselle	1 493 000 \$
Réhabilitation gravitaire aile C - LOT 1 (C-0 et C-1000)	575 000 \$
Remplacement des systèmes de contrôle	47 000 \$
Remplacement du système d'appels de garde du P-2000	382 000 \$
Remplacement de la résonance magnétique 3 Tesla (IRM 2_M-1000)	966 000 \$
Travaux de mise aux normes	382 000 \$
Sous-total	5 490 000 \$

HSFA	Dépenses 2018-2019
Aménagement de locaux d'activités ambulatoires en chirurgie colorectale	656 000 \$
Implantation du monitoring foetal	7 700 \$
Installation de 3 bornes électriques	103 000 \$
Installation de stations de lavage de mains, double casiers et de lave-bassines sur unités de soins	112 000 \$
Installation d'équipements de distribution alimentaire	500 \$
Mise à niveau des génératrices	180 000 \$
Mise aux normes du réseau d'alarmes incendie	800 \$
Mise aux normes du SCAS à la pharmacie	1 933 000 \$

Réaménagement archives B0	1 193 000 \$
Réaménagement pour l'enseignement et la formation en échographie cardiaque avancée	6 000 \$
Réfection bloc sanitaire B4-547	111 000 \$
Réfection des plafonds suspendus et éclairages et revêtement de plancher A0	1 000 \$
Réfection du réseau électrique	32 000 \$
Réfection toiture édifice B (réparation corniche édifice B)	14 000 \$
Remplacement / ajout stérilisateur vapeur URDM	405 000 \$
Remplacement colonnes de gaz médicaux, armoires chauffantes et lampes au bloc opératoire - Lot 2	119 000 \$
Remplacement de la résonnance magnétique système sigma 5X en radiologie	206 000 \$
Remplacement d'un analyseur d'hématologie automatisé (n° DEM 02418)	154 000 \$
Aménagement d'une salle hybride vasculaire (bloc opératoire)	1 359 000 \$
Travaux de mise aux normes	199 000 \$
Sous-total	6 792 000 \$

HSS	Dépenses 2018-2019
Aménagement d'un centre rendez-vous (consultation externe spécialisée et imagerie) CRV	50 000 \$
Aménagement d'une clinique d'endoscopie digestive	10 000 \$
Aménagement extérieur - Plan de verdissement et de lutte aux îlots de chaleur	1 900 \$
Impacts PCL - Installation d'armoires à médicaments dans les chambres	5 000 \$
Impacts PCL - Travaux au débarcadère de livraison	15 000 \$
Installation des équipements de distribution alimentaire	490 000 \$
Installation d'un compresseur de climatisation à l'aile P	143 000 \$
RDMA - Réfection du monte-charge 1F	172 000 \$
RDMA - Réfection extérieure et fenêtres (Aile N)	208 000 \$
RDMA 050104 - Remplacement de génératrices et inverseurs ailes F-R	42 000 \$
Réaménagement de l'entrée principale	108 000 \$
Réfection des travaux correctifs de maçonnerie 2018 HSS-Lot 1	208 000 \$
Remplacement des compresseurs d'air médical	223 000 \$
Remplacement du système d'appels de garde	92 000 \$
Remplacement lanterneau cuisine E0-10	490 000 \$
Remplacement mammographie numérique Lorad M-IV	5 000 \$
Sécurisation du réservoir sous-terrain aile N	1 067 000 \$
Sous-total	3 329 900 \$

TOTAL des principaux projets de développement immobilier	29 636 500 \$
---	----------------------

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III – Attentes spécifiques

N°	TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 %	COMMENTAIRES
02.1	Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : - réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; - suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; - suivre l'application des mesures en PCI; - suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; - adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C.A.; - entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; - assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; - recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre - déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; - déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; - acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	R	
03.6	Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.6)	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des CISSS et CIUSSS qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et la réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	R	

N°	TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 %	COMMENTAIRES
04.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	NR	Requis pour le 30 juin 2019
04.3	Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R	
04.4	Rapport annuel télésanté 2018-2019 (04.4)	Compléter le gabarit du rapport annuel 2018-2019 produit par le MSSS.	R	
07.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	NR	Requis pour le 31 mars 2020

N°	TITRE DE L'ATTENTE	DESCRIPTION	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 %	COMMENTAIRES
08.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	R	
08.3	Plan de maintien des services ou activités critiques - Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	R	

Chapitre IV – Engagements annuels

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 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 % (5/5) Taux CHUL 2,4 HEJ 1,8 HSFA 3,6 HSS 1,0 L'HDQ 5,8	100 % Taux établis CHUL* 6,2 HEJ 6,2 HSFA* 4,5 HSS 4,5 L'HDQ* 4,5 *Nouvelles cibles janv. 2019	Taux 80 % (4/5) CHUL 3,7 HEJ 2,5 HSFA 3,5 HSS 2,1 L'HDQ 5,0	100 % Taux établis CHUL* 6,2 HEJ 6,2 HSFA* 4,5 HSS 4,5 L'HDQ* 4,5 *Nouvelles cibles janv. 2019
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 % (5/5) Taux CHUL 0,1 HEJ 0,0 HSFA 0,0 HSS 0,0 L'HDQ 0,1	100 % Taux établi à 0,49 (janv. 2019)	100 % (5/5) Taux CHUL 0,0 HEJ 0,1 HSFA 0,0 HSS 0,0 L'HDQ 0,0	100 % Taux établi à 0,49 (janv. 2019)
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 % (1/1) Taux 0,2	100 % Taux établi à 0,58 (janv. 2019)	100 % (1/1) Taux 0,1	100 % Taux établi à 0,58 (janv. 2019)
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques	48,9 %	70 %	56,1 %	80 %

exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements				
Commentaires DACD L'HDQ : Des démarches sont en cours afin de réviser le nombre de lits au permis du CHU de Québec-Université Laval afin qu'il soit conforme au nombre de lits réels par établissement du CHU. En ce sens, les cibles pour la diarrhée associée au clostridium difficile (DACD) du CHUL, de l'HSFA et de L'HDQ ont été modifiées afin de tenir compte du nombre réel de lits dans ces établissements. Plusieurs mesures sont en place afin de diminuer les taux de DACD : - meilleure gestion des liquides biologiques; - révision des zones grises et des processus en lien avec la qualité de la désinfection; - projet d'antibiogouvernance maintenu; - révision du processus des admissions/transferts des patients dans l'établissement. Depuis les dernières années, nous voyons une diminution du nombre de DACD et une amélioration du taux. Les efforts seront maintenus afin de conserver cette diminution. Il est à noter que pour l'année 2018 la proportion de souche Nap-1 est de 60 % pour l'établissement. Hygiène des mains : amélioration des taux comparativement à l'an dernier : 48 % à 56 %. Plan d'action en cours avec diverses stratégies pour améliorer les taux d'hygiène des mains de l'ensemble des intervenants.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	N/A	100 %	100 %
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	N/A	100 %	100 %

Commentaires

Nous constatons un maintien de l'atteinte de l'engagement pour l'année 2018-2019 pour le CHU de Québec-Université Laval conformément aux indicateurs visés au plan stratégique du MSSS 2015-2020 mesurés par le processus de reddition de compte annuelle. Ces résultats témoignent des mesures structurelles et cliniques mises en place dans notre établissement depuis l'implantation initiale de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), notamment l'inscription de l'AAPA en tant qu'objectif prioritaire au conseil d'administration, la présence d'un comité tactique formé d'experts multidisciplinaires, l'implantation de stratégies de gestion sécuritaire de la médication lors des transitions ainsi que les processus de gestion des épisodes de soins et de planification des départs.

Cependant, il demeure important de considérer que les composantes actuelles mesurées à la reddition de compte ministérielle ne reflètent pas nécessairement de façon complète l'application réelle de l'approche adaptée à la personne âgée dans notre établissement. Par exemple, malgré la mise en place d'une gouvernance clinique, d'activités de formation du personnel et la disponibilité d'outils, plusieurs enjeux contribuent au maintien d'un écart entre l'application de l'approche souhaitée et l'application réelle. Des enjeux tels que la culture d'une organisation, le soutien offert par la Direction, l'accès à des professionnels experts et à des ressources matérielles adaptées, la gestion du changement et l'appropriation des principes de l'approche adaptée par le personnel, l'usager lui-même et son proche partenaire présentent un impact sur les résultats réels de l'implantation de l'AAPA.

Ainsi, des efforts seront poursuivis par notre établissement en 2019-2020 prioritairement aux urgences dans la mise en place d'initiatives visant à réduire les écarts mentionnés et à soutenir l'appropriation des principes de l'approche adaptée à la personne âgée par le personnel au quotidien. Les solutions envisagées favoriseront notamment la présence de politiques et de procédures mieux adaptées, une implication de l'usager et de son proche partenaire favorisée ainsi qu'un suivi plus étroit de l'usager aîné.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,49	12	15,04	12
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	70, 9%	80 %	70,3 %	80 %
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	59,5 %	80 %	58,5 %	80 %
Commentaires				
Difficultés rencontrées et causes de la non-atteinte de l'engagement visé : Globalement, la durée moyenne de séjour (DMJ) sur civière dans les urgences du CHU de Québec-Université Laval en 2018-2019 a légèrement augmenté en comparaison avec l'année 2017-2018. Un fait intéressant est que si on isole la santé physique de la santé mentale, nous sommes à 13,8 de DMS en santé physique au lieu de 15 h au global avec la				

santé mentale. Il faut toujours considérer que les clientèles de santé mentale dans les urgences du CHU de Québec relèvent du CIUSSSCN.

Dans les trois indicateurs de performance, si l'on isole la santé physique, nous avons les résultats suivants :

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : 13,8 heures;

1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures : 70%;

1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures : 59%.

Augmentation du nombre de visites pour la clientèle de plus de 75 ans sur civières aux services d'urgence (3%)

Fermeture de l'urgence psychiatrique à l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement en novembre 2018.

Des actions se poursuivront sur la gestion de l'épisode de soins à l'urgence en travaillant avec les équipes médicales pour nos plus de 24 heures sur civière et pour libérer les patients ayant un niveau de soins alternatifs vers les ressources de la communauté. Nous continuons de travailler avec notre partenaire du CIUSSSCN pour favoriser une fluidité de la clientèle de santé mentale présente dans nos urgences.

Cette clientèle représente une DMS plus élevée et une gestion de l'épisode de soins qui ne dépend pas de nous complètement.

Des mesures seront mises en place cette année au sein du CHU de Québec-Université Laval avec le CIUSSSCN pour mieux diriger la clientèle afin de réorienter la clientèle non urgente vers les cliniques de première ligne de façon sécuritaire, avec les outils nécessaires. Également, avec les équipes médicales, nous répondrons à notre objectif organisationnel de diminuer de 50% les plus de 24 heures dans les urgences non admis.

Mesures prises pour corriger la situation dans les 5 urgences :

- Pouvoir séparer les indicateurs de la clientèle de santé mentale et de la clientèle de santé physique pour mieux se comparer et mieux intervenir.
- Révision des processus de fonctionnement pour la santé mentale du CIUSSSCN au sein des deux urgences concernées du CHU de Québec-Université Laval en cours avec les équipes médicales.
- Application des plans de débordement hospitalier dans les 5 hôpitaux.
- Implantation d'une équipe EOSS à l'urgence de l'HSFA.
- Partage et travaux en cogestion (médico-nursing) des indicateurs de gestion et d'imputabilité afin de trouver des mesures pérennes pour améliorer ces indicateurs.
- Projet de réorientation avec la première ligne qui débutera cette année (été 2019).
- Trajectoire à développer régionalement pour les cliniques de grippe pour l'hiver prochain.
- Intensification de différentes mesures pour faire respecter la mission de l'urgence via la direction des services professionnels.
- Utiliser davantage les horaires atypiques (quart casino) pour les médecins dans les urgences.
- Collaborer avec le CIUSSSCN pour consolider l'offre de services des professionnels dans les urgences.

Des rencontres sont en cours avec le CIUSSSCN pour réorienter la clientèle NSA de nos centres vers la communauté, ceci afin de libérer des lits pour la clientèle hospitalisée sur les civières de l'urgence.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	14	0	33	0
Commentaires				
L'engagement convenu pour cet indicateur n'est pas atteint pour l'année 2018-2019. L'évolution des 2 dernières années démontre une nette amélioration en passant de 100 cas en 2016-2017 à 33 cas cette année. Légère augmentation par rapport à l'an passé où nous n'avions que 14 cas. Plusieurs de ces cas ne sont déjà plus dans nos listes d'attente et plusieurs d'entre eux ont aussi refusé leur chirurgie, au moins une fois, ce qui augmente le délai d'accès à la chirurgie. En décembre dernier, à la suite de nombreux travaux d'attribution de priorités opératoires supplémentaires en fonction des listes d'attente, nous avons atteint 0 patient hors délai de plus d'un an. Cet indicateur s'est détérioré à l'hiver en lien avec une seule spécialité et dû à une grande problématique d'accès à nos lits. Les 33 cas hors délais plus d'un an au 31 mars dernier sont 100 % des cas d'orthopédie à l'HEJ. Tous les efforts sont actuellement déployés pour s'assurer de répondre aux délais pour ces chirurgies. L'équipe d'orthopédie a bénéficié de temps opératoire supplémentaire dans les dernières semaines et en bénéficiera pour la prochaine année. Entretemps, une deuxième offre à l'interne est en cours en tenant compte des surspécialités demandées pour ces patients. L'achat d'équipements et d'instruments supplémentaires est en cours afin de s'assurer de pallier à l'augmentation de la production dans cette spécialité. Nous prévoyons rencontrer la cible de 0 patient plus d'un an dans la prochaine année avec tous les travaux en cours en considérant que les problématiques d'accès aux lits seront atténuées.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Services de première ligne				
Plan stratégique				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	68,8%	90%	68,6%	90%
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	92,5%	100%	93,3%	100%
Commentaires Plus de 56 jours : Malgré tous les efforts déployés, nous n'avons pas atteint la cible convenue dans l'entente de gestion pour cet indicateur. Nous sommes toujours à 93% d'atteinte de la cible malgré une augmentation de 156 cas de plus opérés à l'intérieur de 56 jours. Notre délai moyen d'accès à la chirurgie oncologique est de 24,5 jours comparativement à 25,3 jours l'an dernier et une moyenne provinciale à 27,2 jours. En date du 31 mars 2019, 100% des cas (35) hors délais oncologiques de plus de 56 jours au CHU sont associés à la spécialité d'urologie référés pour la technique chirurgicale par robot. La plupart des cas, 33 d'entre eux, sont des cas de prostatectomies radicales. Les 33 cas font donc partie des cas indolents dont le ministère fait mention et pour lesquels nous faisons pression avec les équipes médicales afin de modifier les délais d'accès à la chirurgie. Pour les 2 autres cas, ce sont des cas de néphrectomie partielle pour lesquels les mêmes motifs sont évoqués et discutés avec les équipes médicales. Il faut aussi tenir en compte que l'augmentation des besoins populationnels dans cette spécialité et particulièrement pour ces diagnostics est phénoménale. Les travaux d'attribution de 240 priorités supplémentaires au CHU dans la dernière année nous ont permis d'éliminer les plus de 56 jours dans les autres spécialités. Des travaux de pertinence avec l'urologie sont actuellement en cours afin de s'assurer de référer les bons patients à la meilleure technologie chirurgicale possible. Nous nous assurons aussi que le plateau technique de robotique soit utilisé à son plein potentiel. Les quelques autres cas plus de 56 jours sont des cas d'exception que nous gérons au quotidien et qui sont considérés comme des cas indolents par les équipes médicales. Ce dossier est actuellement porté par les équipes médicales du CHU de Québec afin de faire reconnaître l'importance de traiter ces cas comme tels et améliorer l'accès pour ceux qui sont de gravité supérieure. Plus de 28 jours : Nous n'avons pas atteint la cible convenue dans l'entente de gestion pour cet indicateur malgré tous les efforts déployés. Nous sommes toujours à 69% d'atteinte de la cible malgré une augmentation de 72 cas opérés dans les 28 jours et moins. Notre nombre de patients en attente de plus de 28 jours est pourtant à la baisse. Le besoin est toutefois à la hausse. Notre production s'améliore et les motifs soulevés pour les plus de 56 jours en lien avec les cas indolents et la spécialité d'urologie sont encore plus présents dans cet indicateur. Tous les travaux en cours mentionnés dans le précédent indicateur auront un effet direct sur celui-ci. Plusieurs des cas opérés en plus de 28 jours, sont reliés à la problématique d'accès aux lits dans certains sites limitant notre production chirurgicale de cas hospitalisés. Certains cas sont alors reportés par manque de lits.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	80,6%	90%	72,6%	90%
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	86,3%	100%	41,2%	100%
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	94,6%	100%	94,2%	100%
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	99,6%	100%	98,2%	100%
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	80,5%	85%	69,6%	85%
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	95,0%	100%	95,3%	100%

Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	81,5%	90%	77,6%	90%
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	84,5%	95%	77,2%	95%
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	65,0%	85%	63,1%	75%
Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	89,0%	100%	94,6%	100%

Commentaires

Scopies :

L'engagement pour les scopies n'a pu être atteint notamment à cause de problèmes de disponibilité et d'un manque d'effectifs des professionnels (orthophoniste, nutritionniste, etc.) procédant à ces examens (exemple : radiocinématographie de déglutition).

Afin de corriger la situation, nous avons mis en place un processus rigoureux d'épuration des listes d'attente ainsi qu'une gestion des mécanismes d'accès plus efficiente. Nous avons également dirigé des patients vers des cliniques privées lorsque cela était possible, ce qui n'engageait pas de frais pour ceux-ci.

Par ailleurs, la différence par rapport aux résultats de l'année précédente est essentiellement due à une modification dans la manière de compiler les données. Cette modification était basée sur le nouveau guide de saisie dans Gestred tel que transmis par le MSSS.

Afin d'améliorer la qualité des données et de la méthodologie, la liste d'attente de radioscopie a été épurée. De plus, les attentes pour les IRM et TDM infiltration (arthro-IRM et TDM) qui figuraient dans la catégorie « scopie » ont été éliminées afin d'être conservées uniquement dans la liste des IRM et des TDM, ce qui a permis d'éliminer les doubles attentes pour un même patient. De plus, après consultation avec le MSSS, nous avons supprimé les codes d'examen pour l'ostéodensitométrie du regroupement « scopie » dans Gestred. Enfin, des audits seront réalisés lors de chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Mammographies diagnostiques :

En ce qui concerne les mammographies diagnostiques, l'engagement n'a pas été atteint, puisque des bris d'équipements fréquents ainsi qu'une pénurie de techniciens ont forcé la fermeture de salle d'examen à plusieurs reprises. De plus, le manque de ressources humaines et financières a freiné le processus d'épuration et de gestion du mécanisme d'accès.

Malgré les difficultés rencontrées au cours de la dernière année, nous avons réussi à maintenir nos résultats comparativement à l'année précédente. De plus, afin de maintenir l'accès, des patientes ont été dirigées vers des cliniques privées lorsque cela était possible, ce qui n'impliquait pas de frais pour ces dernières.

Afin d'atteindre et d'améliorer les cibles fixées, nous avons procédé à l'embauche et à la formation de nouveaux technologues en mammographie. Nous prévoyons également remplacer un appareil de mammographie désuet pendant l'été.

Enfin, une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERe rendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). La formation donnée aux agentes administratives sera également revue et ajustée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Échographies cardiaques :

Plusieurs facteurs expliquent le fait que la cible n'a pas été atteinte pour les échographies cardiaques. D'abord, la pression engendrée par la diminution de la durée moyenne de séjour pour les patients à l'urgence et hospitalisés nous a contraints à augmenter notre offre de service pour ces derniers, ce qui a réduit les plages horaires offertes aux patients électifs. Le fait que plusieurs nouveaux technologues moins expérimentés sont entrés en poste durant la dernière année a également provoqué une baisse de productivité.

D'autre part, la gestion des priorités cliniques engendre parfois des retards dans certaines situations. Par exemple, toute nouvelle demande pour un examen urgent doit être traitée prioritairement, ce qui allonge le temps d'attente pour les patients dont la condition clinique est jugée moins critique. De même, la priorité est accordée à la clientèle inscrite par les cardiologues et les autres spécialistes du CHU, ce qui fait que l'accès aux examens d'échographie cardiaque peut être plus difficile pour les patients qui sont inscrits par leur médecin de famille.

Enfin, au point de vue administratif, des problèmes de saisie ont fait en sorte qu'un même patient était parfois compté deux fois dans la liste d'attente et que les données concernant les contrôles de plus de trois mois ne sont pas exactes.

Comme c'est le cas pour les mammographies diagnostiques, une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERe rendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). De plus, des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Échographies mammaires :

La pénurie de main-d'œuvre a causé la fermeture d'une salle d'échographie, ce qui a largement contribué au fait que l'engagement n'a pas été atteint pour les échographies mammaires. De plus, un nombre important de biopsies du sein sous échographie a occupé des plages horaires normalement utilisées pour les échographies mammaires. Cependant, les résultats sont demeurés stables comparativement à ceux de l'année précédente.

En parallèle, la pénurie de main-d'œuvre (agentes administratives) a également affecté le volet administratif des examens, notamment en ce qui concerne l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès. Afin de corriger la situation, la formation donnée aux agentes administratives sera rehaussée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Autres échographies :

Pour les autres types d'échographies, l'engagement n'a pas été atteint en raison de divers facteurs. Des délais ont entre autres été occasionnés par les rendez-vous qui doivent être coordonnés avec une consultation du médecin spécialiste référent (exemple : chirurgien vasculaire) ainsi que par certains examens qui demandent une expertise spécifique de la part du radiologiste (exemple : musculo-squelettique).

De plus, des patients se retrouvent parfois dans la catégorie « hors délai » parce qu'ils n'ont pas pu recevoir leur examen au moment prévu (non-présence au rendez-vous, impossibilité de joindre le patient, etc.).

Finalement, des problèmes de saisie de données ainsi qu'un manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières ont retardé l'épuration des listes et la gestion du mécanisme d'accès.

Afin de maintenir une bonne offre de service, les horaires sont adaptés en fonction de la nature des demandes reçues. Ainsi, s'il y a plus de demandes ou d'attente pour un certain type d'échographie, l'offre pour cet examen est augmentée pendant une période donnée.

Nous croyons qu'une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). De plus, la formation donnée aux agentes administratives sera revue et ajustée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Tomodensitométries :

Pour les tomodensitométries, l'engagement n'a pas été atteint notamment en raison des délais occasionnés par les rendez-vous qui doivent être coordonnés avec une consultation du médecin spécialiste référent ainsi que par certains examens qui demandent une expertise spécifique de la part du radiologiste (exemple : intervention).

De plus, des patients se retrouvent parfois dans la catégorie « hors délai » parce qu'ils n'ont pas pu recevoir leur examen au moment prévu (non-présence au rendez-vous, impossibilité de joindre le patient, etc.).

Finalement, un manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières a retardé l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.

Ces problèmes ont entraîné une diminution des résultats par rapport à ceux de l'année précédente. Toutefois, bien que le nombre de patients hors délais soit demeuré le même, le nombre total de patients en attente a été réduit.

Afin de corriger la situation, des plages horaires ont été ajoutées en soirée, ce qui permet de dégager des plages horaires pendant le jour pour réaliser des interventions. De plus, des guides de priorisation clinique ont été créés et des guides techniques ont été créés et harmonisés afin de mieux encadrer la gestion des demandes.

Dans le but de maintenir une bonne offre de service, les horaires sont adaptés en fonction de la nature des demandes reçues. Ainsi, s'il y a plus de demandes ou d'attente pour un certain type d'examen, l'offre pour cet examen est augmentée pendant une période donnée.

Une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). De plus, la formation donnée aux agentes administratives sera revue et ajustée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Résonances magnétiques :

En ce qui concerne les résonances magnétiques, l'engagement n'a pas été atteint pour plusieurs raisons. D'une part, des délais ont été occasionnés par les rendez-vous qui doivent être coordonnés avec une consultation du médecin

spécialiste référent ainsi que par certains examens qui demandent une expertise spécifique de la part du radiologiste (exemple : arthrorésonnance, IRM fonctionnelle, biopsie mammaire).

D'autre part, la pression engendrée par la diminution de la durée moyenne de séjour pour les patients à l'urgence et hospitalisés nous a contraints à augmenter notre offre de service pour ces derniers, ce qui a réduit les plages horaires offertes aux patients électifs.

Également, des patients se retrouvent parfois dans la catégorie « hors délai » parce qu'ils n'ont pas pu recevoir leur examen au moment prévu (non-présence au rendez-vous, impossibilité de joindre le patient, etc.).

Un manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières a aussi affecté le volet administratif des examens, notamment en ce qui concerne l'épuration des listes et la gestion du mécanisme d'accès.

Enfin, le temps moyen nécessaire pour réaliser les résonances magnétiques a été augmenté avec la mise en service de nouveaux appareils d'IRM. En effet, même si les nouveaux appareils sont plus performants et que leur qualité d'image est meilleure, le temps d'acquisition des images est plus long.

Par ailleurs, le nombre de demandes pour les examens en IRM est en constante augmentation, ce qui fait que malgré une augmentation importante de notre productivité, les résultats ont connu une diminution en comparaison avec ceux de la dernière année.

Afin d'améliorer la situation, le temps d'examen est réduit lorsque cela est possible, des plages horaires ont été ajoutées, des guides de priorisation clinique ont été créés et des guides techniques ont été créés et harmonisés. De plus, un projet visant à accroître la pertinence des examens est en cours.

De plus, afin de maintenir une bonne offre de service, les horaires sont adaptés en fonction de la nature des demandes reçues. Ainsi, s'il y a plus de demandes ou d'attente pour un certain type d'échographie, l'offre pour cet examen est augmentée pendant une période donnée.

Une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). De plus, la formation donnée aux agentes administratives sera revue et ajustée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Tomographies par émission de positrons (TEP) :

L'engagement n'a pas été atteint pour les tomographies par émission de positrons, puisque des bris d'équipements fréquents ainsi que des difficultés d'approvisionnement en FDG ont forcé la fermeture de salle d'examen à plusieurs reprises.

D'autre part, la gestion des priorités cliniques engendre parfois des retards dans certaines situations. Par exemple, toute nouvelle demande pour un examen urgent doit être traitée prioritairement, ce qui allonge le temps d'attente pour les patients dont la condition clinique est jugée moins critique.

Enfin, un manque de ressources humaines (agentes administratives) et financières a retardé l'épuration et la gestion du mécanisme d'accès.

Afin de corriger la situation, des plages horaires ont été ajoutées.

Malgré ces difficultés, les résultats se sont améliorés comparativement à ceux de l'année précédente.

Une meilleure gestion de la liste d'attente pourra être faite grâce à l'implantation du logiciel ERendez-vous (nouveau logiciel de gestion des listes d'attente). De plus, la formation donnée aux agentes administratives sera revue et ajustée, tandis que des audits seront réalisés à chaque période afin d'assurer la qualité de la saisie.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100
Commentaires L'atteinte de l'engagement et les résultats sont soutenus par des mesures de formation continue, de contrôle de la qualité et de pérennité de processus. Cela afin d'assurer le respect de l'engagement et ainsi assurer le maintien de l'atteinte des résultats.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,11% (6,23% CHU)	5,66%	6,11% (6,24% CHU)	ND
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,81% (2,39% CHU)	2,31%	3,25% (2,83% CHU)	ND
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,57% (1,62% CHU)	1,29%	1,52% (1,56% CHU)	ND
Commentaires <u>3.01-PS RATIO D'HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE :</u> Commentaires : Facteurs expliquant la non-atteinte de la cible en assurance salaire. Augmentation de la fréquence (2,75%) du nombre de réclamations d'ordre psychologique et de 3% des déboursés pour ce type de réclamation. Les deux directions cliniques ayant connu une hausse importante de leur ratio d'assurance salaire composent avec des changements majeurs (dossier Accès et la transition vers le NCH). Les facteurs organisationnels le plus fréquemment évoqués par les employés absents sont la charge de travail, l'adaptation au travail et l'équilibre travail - vie personnelle. Huit matrices de risques psychosociaux sont complétées dans des services ou unités ciblés et des activités sont suivies par le gestionnaire et le directeur concernés ainsi que par comité de direction. Huit nouveaux services ou unités seront aussi analysés au cours de l'année 2019-2020. Les ratios calculés par le CHU diffèrent de ceux du MSSS en raison de la sélection des codes de paie considérés dans le calcul du ratio. Problématique déjà documentée et transmise au MSSS.				

3.06.02-PS TAUX D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES :

Commentaires :

a) Les facteurs qui expliquent la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte.

- Les heures supplémentaires sont attribuables à 44 % aux infirmières. La hausse se situe dans l'ensemble des sites du CHU, mais touche de façon plus marquée les unités d'urgence et d'obstétrique, et ce, en raison de la fluctuation de leurs activités.
- L'organisation a instauré les mesures correctrices suivantes :
- Rehaussement volontaire des postes d'infirmière à concurrence d'un temps complet au printemps 2018. Cible de 68% de poste d'infirmière à temps complet dépassée avec 73%. Les personnes qui ont choisi de conserver le statut de temps partiel détiennent un poste comportant un minimum de 8 quarts de travail par quinzaine (postes de jour et de soir) et de 7 quarts par quinzaine (postes de nuit).
- Affichage de plus de 1700 postes (janvier et août 2018) de la catégorie de personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires dont 571 créations de postes d'infirmière en sus de la structure de base des unités de soins vulnérables;
- Consolidation des mesures structurantes visant à diminuer le temps supplémentaire: postes atypiques (12 heures, rotatifs, composés) et du mécanisme de déplacement des infirmières en fonction de la fluctuation des besoins de main-d'œuvre. Ces mesures ont été introduites dans les dispositions locales des infirmières dès 2011;
- Accompagnement des gestionnaires (toutes catégories d'emploi) dans leur planification de main-d'œuvre. Plus de 85% des titres d'emploi syndiqués de l'organisation ont fait l'objet d'une démarche.
- Soutien des gestionnaires dans la révision des horaires de travail
- Introduction du formulaire de référencement de stagiaire pour accélérer leurs embauches
- Participation à plus d'une trentaine d'activités d'embauche à l'extérieur de l'organisation (foire de l'emploi, visite en milieu scolaire,
- collaboration avec les organismes d'intégration des personnes immigrantes...)
- Démarche d'évaluation des risques psychosociaux et de l'environnement clinique pour 12 unités avec un haut taux de temps supplémentaire et d'assurance salaire est débutée depuis quelques semaines.

b) L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente (si données disponibles).

Les heures supplémentaires sont à la hausse comparativement à l'année financière précédente tout comme le sont les heures travaillées.

L'embauche globale du CHU est supérieure à l'an dernier.

3.06.00-PS TAUX DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE :

Commentaires :

a) Les facteurs qui expliquent la non-atteinte de l'engagement, les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte.

- 77 % des heures sont attribuables aux agents de sécurité de la firme GARDA à qui l'organisation a imparti l'activité. Il n'y a donc aucune mesure correctrice à ce niveau.
- Près de 20 % des heures sont attribuables aux agentes administratives et secrétaires médicales. Ce recours est principalement attribuable à la difficulté de recrutement dans un contexte de rareté de main-d'œuvre. L'effet de projets spéciaux comme le Chantier accès a également nécessité plus de ressources administratives. Les mesures correctrices suivantes ont été mises de l'avant afin de permettre une diminution graduelle tout au cours de l'année du recours à cette MOI :
- Offre de postes permanents à temps complet à l'embauche afin d'accroître l'attraction;
- Exercice continu de conversion d'heures travaillées par du personnel d'appoint (MOI, équipe volante, liste de rappel) en postes permanents dans les services concernés;

- Embauche de plusieurs mains-d'œuvre indépendantes comme employé du CHU, et ce, sans pénalité;
- Accompagnement des gestionnaires dans leur planification de besoins de main-d'œuvre;
- Modification des balises et quotas d'octroi des vacances afin de diminuer les besoins en main-d'œuvre.
- 4 % des heures sont attribuables par ordre d'importance aux PAB, au soutien technique (électricité et mécanique), transport de patient pour l'unité mobile de dialyse, infirmière technicienne et infirmière auxiliaire. Pour les soins infirmiers, cette utilisation demeure anecdotique.

b) L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente (si données disponibles).

Le recours à la main-d'œuvre indépendante est en diminution comparativement à l'année financière précédente.

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

L'agrément

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

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

- le bilan comparatif des médicaments;
- le consentement;
- le cheminement des usagers (prévention et gestion de l'engorgement à l'urgence);
- la transmission de l'information aux points de transition des soins;
- l'identification des usagers.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

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

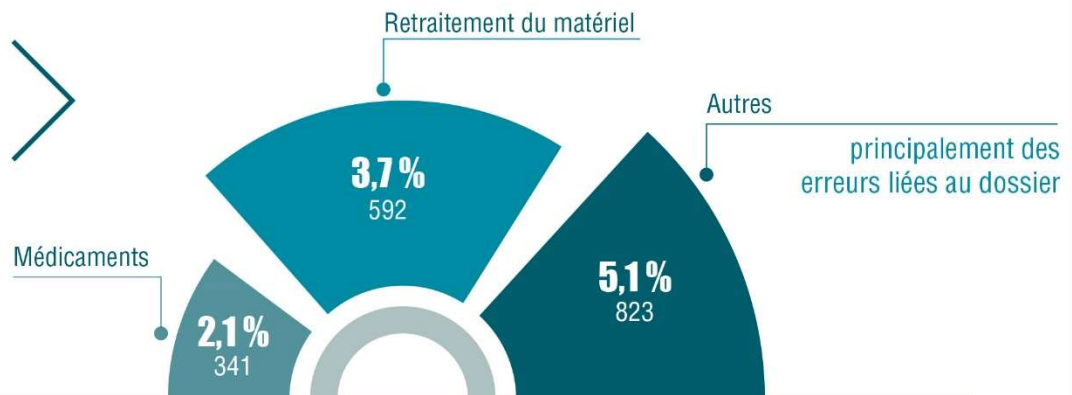
- des activités de soutien et des contrôles de qualité réalisés sur les unités et les services qui utilisent le formulaire électronique de déclaration des incidents et accidents;
- des séances de formation portant sur la déclaration et la divulgation destinées aux résidents, au personnel infirmier et aux professionnels;
- des formations dispensées conjointement avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, spécifiquement pour les unités du CIUSSS situées dans le CHU.

La nature des principaux types d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance

Incidents / accidents*

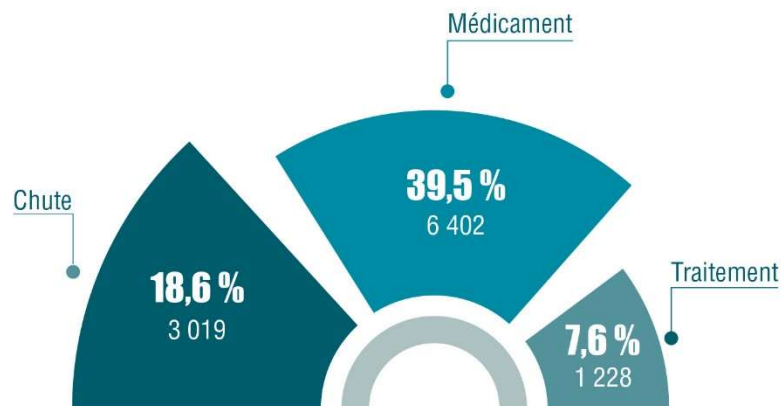
1 924 incidents de gravité A et B

Les **3 principaux types** rapportés soit 10,8 % de l'ensemble des incidents / accidents



14 269 accidents de gravité C à I

Les **3 principaux types** d'accidents, soit 65,8 % de l'ensemble des incidents / accidents



*Registre local de surveillance *Gesrisk*

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

Le comité de gestion des risques n'a pas émis de recommandation au cours de l'année 2018-2019.

Il s'est assuré du suivi lié à des risques documentés ou à des préoccupations en matière de sécurité. Voici les principaux dossiers étudiés au cours de l'année :

- la gestion des risques portant sur les réfrigérateurs et les congélateurs domestiques et de grade médical;
- les locaux d'entreposage des matières dangereuses;
- les analyses de biologie délocalisées;
- la gestion des avis-alertes-rappels;
- les documents à portée organisationnelle autres que les politiques-procédures-règlements;
- le plan d'action du groupe d'experts en prévention des chutes;
- le plan d'action du comité sur la sécurité des médicaments;
- la sécurisation de l'accès physique de salles critiques-sensibles par des consultants externes.

Finalement, les membres du comité de gestion des risques ont pris connaissance de plusieurs rapports annuels en matière de gestion des risques (sécurité informationnelle, transfusionnelle, civile-physique, prévention des infections, sécurité des soins-services, etc.) en plus de participer à de nombreuses consultations liées à la révision ou à la rédaction de politiques et de procédures sous la responsabilité du Module qualité, sécurité et gestion des risques.

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

- Au CHU de Québec-Université Laval, tout le personnel est formé à l'hygiène des mains dès l'embauche par un membre de l'équipe de la prévention et du contrôle des infections (PCI). De plus, un engagement en matière d'hygiène des mains doit être signé par tout nouvel employé.
- La Semaine de l'hygiène des mains s'est tenue du 30 avril au 4 mai 2018. Pendant cette semaine, en plus de rappels sur les quatre moments de l'hygiène des mains, la vidéo *Rendre l'invisible visible* a été mise en ligne sur le site intranet du CHU. Cette vidéo démontre les dangers de la contamination lorsque les règles d'hygiène ne sont pas bien respectées. De plus, un guide d'activités destiné aux gestionnaires et au personnel clinique a également été mis en ligne; il comprend une dizaine d'activités visant à sensibiliser les équipes à l'importance d'une bonne hygiène des mains.
- En parallèle, l'équipe de la PCI a réalisé et diffusé des capsules vidéo dans les secteurs où cela était jugé nécessaire afin de rappeler les bonnes pratiques pour éviter les éclosions, s'assurer d'effectuer des désinfections efficaces ainsi que de bien respecter les zones propres et souillées.
- Deux fois par année, l'équipe du programme de prévention et contrôle des infections propose de l'accompagnement supervisé pour les moments de l'hygiène des mains à tous les travailleurs du CHU.
- Par ailleurs, les gestionnaires des unités cliniques reçoivent chaque deux mois le bilan du taux d'hygiène des mains par unité de soins et par hôpital. Les unités sont certifiées chaque année en mai selon le taux qu'elles ont atteint.
- Enfin, les agents de PCI et les préposés aux bénéficiaires ressources reçoivent des formations chaque année, notamment lors des Olympiades (ateliers de mise en situation) qui se déroulent à la fin avril.

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

Ce rapport présente les résultats de deux mesures de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se sont tenues sur toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval. Ces mesures se sont déroulées les 14 novembre 2018 et 19 février 2019.

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

Pour l'ensemble du CHU de Québec-Université Laval, le taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle s'est établi à 2,89 % et à 2,90 %.

Ainsi, pour l'année 2018-2019, on constate une stabilité du nombre d'usagers sous une mesure de contrôle.

Le tableau suivant présente les taux de prévalence des mesures de contrôle de 2014 à 2019, par site.

Date Site	2014-2015		2015-2016	2016-2017		2017-2018		2018-2019	
	Juin 2014	Mars 2015	Mars 2016 ¹	Novembre 2016	Février 2017	Novembre 2017	Février 2018	Novembre 2018	Février 2019
HEJ	14,71 %	7,44 %	6,78 %	8,93 %	10,03 %	6,83 %	4,50 %	5,97 %	5,74 %
HSS	1,32 %	3,56 %	6,92 %	3,91 %	3,00 %	3,19 %	2,40 %	2,50 %	0,81 %
CHUL	1,13 %	1,67 %	1,82 %	0,99 %	1,01 %	1,01 %	1,81 %	1,24 %	0,68 %
HSFA	0,8 %	2,57 %	2,49 %	3,29 %	2,16 %	2,16 %	2,89 %	1,24 %	3,38 %
L'HDQ	2,48 %	2,22 %	1,76 %	1,86 %	1,62 %	0,75 %	1,59 %	1,29 %	1,47 %
CHU de Québec	5,26 %	3,84 %	3,85 %	4,48 %	4,02 %	2,84 %	2,95 %	2,89 %	2,90 %

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

La sensibilisation des professionnels face à l'utilisation des mesures de remplacement aux mesures de contrôle s'est poursuivie, notamment par des formations sur l'utilisation des mesures de contrôle, par la documentation associée ainsi que par la formation OMEGA qui vise, entre autres, la réduction des mesures de contrôle.

Au cours de l'année 2018-2019, plusieurs unités ont été formées dans une optique d'harmonisation des mesures de contrôle au sein du CHU. Ces formations ont été offertes au personnel des urgences et des unités identifiées « grands utilisateurs de mesures de contrôle ». L'harmonisation des mesures de contrôle utilisées sera terminée en avril 2019. Ainsi, les cinq urgences auront été formées et utiliseront les mêmes mesures.

Depuis l'automne 2018, le CHU a réactivé un comité tactique sur la prévention des chutes, les mesures de contrôle et les surveillances. Ce comité regroupe des cliniciens et des gestionnaires et a pour but d'améliorer globalement les soins administrés aux patients et de favoriser une gestion des risques appropriée. Ce comité porte sur la mise en place de moyens concrets pour atteindre différents objectifs de qualité concernant l'utilisation des mesures de contrôle au sein du CHU de Québec-Université Laval.

Des travaux sont également en cours afin de développer un outil (Gulper) permettant d'effectuer une vigie en lien avec le respect des procédures et la qualité des interventions lors de la mise en place de mesures de contrôle.

Finalement, pour l'année 2019-2020, des activités de consolidation sur le protocole d'application des mesures de contrôle, principalement sur la documentation et la collaboration interdisciplinaire seront maintenues. Deux mesures de prévalence et des audits des pratiques sur les unités de soins seront également planifiés. Une analyse approfondie et des actions ciblées pour certaines unités de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital Saint-François d'Assise seront effectuées, considérant un taux d'utilisation plus élevé des mesures de contrôle ainsi qu'une augmentation notable de celles-ci.

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

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises durant l'année, soit les 4 juin, 10 septembre 2018, 16 octobre 2018 ainsi que le 21 janvier et 18 mars 2019.

Le comité a fait le suivi des deux recommandations faites par le Protecteur du citoyen et des 14 recommandations émises par la commissaire aux plaintes ainsi que des mesures correctives qui ont été mises en application. Le détail de ces recommandations est présenté dans le tableau ci-dessous.

Commissaire aux plaintes – recommandations adressées à l'établissement

Recommandations	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
2	Aspect financier Facturation pour frais de chambre	Rappel auprès des employés de toujours référer les usagers au service de l'admission ou au service de la perception concernant les questions reliées à la facturation.
11	Soins et services	
	Qualité des soins	Communication auprès des équipes de soins sur l'obligation de suivre le guide pratique en oxymétrie.
	Qualité du triage	Mise en place d'un plan de relève qui encadre l'assignation des ressources afin de s'assurer qu'une réévaluation soit effectuée dans les délais, en salle de réanimation. Encadrer la pratique infirmière par des outils cliniques : élaborer une règle de soins infirmiers -vs- protocole infirmier concernant la réévaluation de la douleur.
	Compétences professionnelles d'une infirmière	- Évaluation des compétences de l'infirmière visée par la plainte qui démontre sa non-conformité. - Plan de formation pour rehaussement des compétences de l'infirmière visée par la plainte et audit qui démontre l'atteinte des cibles identifiées.
	Qualité des soins	- Révision du processus de prise en charge de la clientèle à risque suicidaire à l'urgence. - Rappel au personnel de l'urgence du processus d'orientation des patients présentant des risques suicidaires. - La formation OMEGA sera offerte en continu au personnel de l'urgence pour améliorer la prévention et la gestion de la violence. - Rappel au personnel de l'urgence du corridor de service avec le Centre de réadaptation en dépendance de Québec.
1	Droits particuliers Consentement aux soins	Mise en place d'une nouvelle procédure électronique permettant d'obtenir le consentement de tout usager se présentant à l'urgence.

Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement

Recommandations	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
5	Aspect financier Facturation à un non-résident	• Annulation de facture. • Les frais de chambre privée ou semi-privée ne sont plus facturés aux non-résidents. • Le formulaire « Frais d'hospitalisation et de choix de chambre pour patients non-résidents » a cessé d'être utilisé. • Le formulaire « Tarifs des services et soins de santé pour les non-résidents canadiens » a été modifié pour y retirer la phrase « Une surcharge s'applique pour le choix d'une chambre privée ou semi-privée ». • Une note de service a été envoyée à tout le personnel du service des admissions leur rappelant leur obligation de bien informer les usagers sur les frais encourus lors du choix d'une chambre semi-privée ou privée.
1	Qualité des soins et services Conduite à tenir en cas de refus de prendre une médication	• Une procédure a été établie afin de permettre l'amélioration de la communication des membres de l'équipe de soins entre eux et avec le personnel de la pharmacie.

Coroner – recommandations adressées à l'établissement

Deux recommandations du coroner ont été faites au CHU de Québec-Université Laval.

- Dans la première recommandation, le coroner recommande que le CHU, par son comité de pharmacologie, révise ses pratiques dans la prophylaxie de la thrombose veineuse profonde postopératoire et envisage d'offrir le Lovenox aux obèses morbides ayant un indice de masse corporelle supérieure à 40 kg/m². Ceci devra être en lien avec les meilleures pratiques et être révisé périodiquement.
- La seconde recommandation invite l'établissement à réviser les actes professionnels qui ont été posés par les différents intervenants lors du transfert d'un usager. Le choix du mode de transfert et d'accompagnement de ce dernier semblait inadéquat.

Autres recommandations adressées à l'établissement

Il n'y a eu aucune autre recommandation adressée à l'établissement de la part d'autres instances au cours de la dernière année.

Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier)

PERSONNES MISES SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT « HORS CIUSSS » POUR LE CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL						
Établissement / installation	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS	Total Mission
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	40	6	() ¹	26	()	81
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce dans ses installations	33	()	()	17	()	60
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	7	()	0	8	()	19
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	0	()	0	()	0	5
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	0	()	0	()	0	5

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

1. Usager avec une ordonnance de garde provisoire alors qu'il se trouvait à l'externe.

Examen des plaintes et promotion des droits

1 370 dossiers ouverts au Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

113 plaintes médicales ↑ 9 %

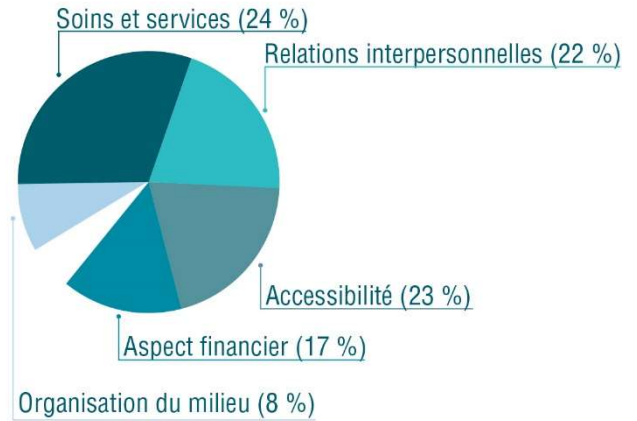
432 plaintes générales ↓ 1 %

14 recommandations émises par le commissaire.
Toutes ont obtenu un suivi.

Plaintes générales



Motifs des plaintes générales



Autres demandes reçues par le commissaire

Augmentation des **interventions**



Augmentation des **consultations**



Diminution des **demandes d'assistances**



Dossiers	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Écart
Plaintes générales	449	437	432	↓ 1 %
Plaintes médicales	89	104	113	↑ 9 %
Demandes d'assistance	299	352	320	↓ 9 %
Interventions	443	403	419	↑ 4 %
Consultations	65	84	87	↑ 4 %
Nombre total de dossiers traités	1 345	1 380	1 370	↓ 1 %

Plus de 32 activités de promotion menées par les commissaires ont eu lieu au cours de la dernière année. Les commissaires ont également participé à différents comités internes et externes visant l'amélioration de la qualité des services.

Conclusions

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

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

Application de la politique concernant les soins de fin de vie

**Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement
et à la Commission sur les soins de fin de vie
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)
CHU de Québec-Université Laval
DU 10 DÉCEMBRE 2017 AU 31 MARS 2019**

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (selon la source codification Med-Echo : diagnostic principal ou secondaire de soins palliatifs)	3 635
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	154
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	207
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	146
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs • Retrait de la demande : 14 • Ne répond pas aux critères : 22 • Décès avant l'AMM : 18 • Demande d'AMM transmise au CIUSSS : 2 • Patient transféré ou retour à domicile : 3 • Demande en cours d'évaluation : 2	61

Les ressources humaines – gestion et contrôle des effectifs au 31 mars 2019

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

11045051 - CHU de Québec		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	812 812	1 132	813 943	444	495
	2015-16	785 698	535	786 233	430	487
	2016-17	736 906	186	737 092	403	464
	2017-18	725 880	318	726 197	397	450
	2018-19	709 446	829	710 276	388	441
	Variation	(12,7 %)	(26,7 %)	(12,7 %)	(12,6 %)	(10,9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 495 963	7 924	1 503 887	811	1 071
	2015-16	1 431 204	8 171	1 439 375	774	1 076
	2016-17	1 261 160	7 196	1 268 356	679	909
	2017-18	1 328 572	6 553	1 335 125	716	943
	2018-19	1 422 503	8 177	1 430 680	768	999
	Variation	(4,9 %)	3,2 %	(4,9 %)	(5,3 %)	(6,7 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	7 252 349	195 665	7 448 014	3 817	5 048
	2015-16	6 951 457	167 043	7 118 500	3 658	4 999
	2016-17	6 391 051	155 535	6 546 586	3 363	4 377
	2017-18	6 395 246	185 078	6 580 324	3 367	4 369
	2018-19	6 507 235	210 927	6 718 162	3 421	4 443
	Variation	(10,3 %)	7,8 %	(9,8 %)	(10,4 %)	(12,0 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	8 254 738	125 182	8 379 920	4 557	6 093
	2015-16	8 049 886	106 091	8 155 977	4 444	6 007
	2016-17	7 704 744	101 040	7 805 784	4 254	5 640
	2017-18	7 846 438	122 133	7 968 571	4 331	5 732
	2018-19	7 944 631	152 013	8 096 644	4 380	5 886
	Variation	(3,8 %)	21,4 %	(3,4 %)	(3,9 %)	(3,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 719 524	14 067	1 733 592	872	1 285
	2015-16	1 682 468	16 229	1 698 697	853	1 272
	2016-17	1 641 682	22 541	1 664 223	832	1 207
	2017-18	1 632 257	30 182	1 662 439	828	1 227
	2018-19	1 627 210	41 989	1 669 199	824	1 205
	Variation	(5,4 %)	198,5 %	(3,7 %)	(5,5 %)	(6,2 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	24 409	32	24 440	14	75
	2015-16	20 793	76	20 869	11	62
	2016-17	21 095	32	21 127	12	60
	2017-18	18 391	17	18 408	10	53
	2018-19	21 559	18	21 577	12	65
	Variation	(11,7 %)	(42,6 %)	(11,7 %)	(12,7 %)	(13,3 %)
Total du personnel pour 11045051 - CHU de Québec	2014-15	19 559 794	344 002	19 903 796	10 515	13 792
	2015-16	18 921 506	298 145	19 219 651	10 170	13 661
	2016-17	17 756 637	286 530	18 043 168	9 543	12 458
	2017-18	17 946 784	344 281	18 291 064	9 649	12 504
	2018-19	18 232 585	413 954	18 646 539	9 792	12 740
	Variation	(6,8 %)	20,3 %	(6,3 %)	(6,9 %)	(7,6 %)

Le CHU de Québec-Université Laval avait une cible de 18 495 112 heures rémunérées pour l'année 2018-2019. L'organisation a dépassé cette cible de 151 427 heures, ce qui équivaut à un écart de 0,8 %.

Ce dépassement d'heures s'est effectué dans trois principaux corps d'emploi offrant des soins et des services directs à la clientèle, soit le personnel professionnel, le personnel infirmier et le personnel de bureau. Pour ce dernier groupe, des projets organisationnels comme celui du Chantier accès visant à améliorer l'accès aux services pour le patient explique la nécessité temporaire d'attribuer plus de ressources que par les années antérieures. Il est également à noter que le CHU a diminué ses heures rémunérées pour son personnel d'encadrement. Les différentes directions en dépassement d'heures soumettent également des mesures de redressement adaptées à leur réalité.

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2019

		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	IUCPQ	CISSS-CA	CISSS des Îles	Santé communautaire	SOUS-TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	275	178	100	257	78	8	0	0	23	919	1 027
	Associés	38	10	14	30	9	0	1	1	0	103	
	Conseils	2	0	0	3	0	0	0	0	0	5	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	48	19	77	24	43	0	0	0	11	222	253
	Associés	5	5	1	16	2	0	0	0	2	31	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	38	34	36	32	24	0	0	0	0	164	170
	Associés	3	0	0	0	2	0	0	0	0	5	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6	9
	Associés	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-services

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	589 630 \$	0,06%	878 448 \$	0,08%	288 818 \$	0,02%
Services généraux - activités cliniques et d'aide	1 537 125 \$	0,15%	1 595 370 \$	0,15%	58 245 \$	0,00%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3 548 288 \$	0,34%	3 866 153 \$	0,36%	317 865 \$	0,02%
Déficience physique	58 919 \$	0,01%	38 738 \$	0,01%	(20 181) \$	0,00%
Santé mentale	1 295 522 \$	0,13%	693 330 \$	0,06%	(602 192) \$	-0,07%
Santé physique	796 657 640 \$	77,72%	833 833 667 \$	77,85%	37 176 027 \$	0,13%
Administration	68 932 226 \$	6,73%	74 995 676 \$	7,00%	6 063 450 \$	0,27%
Soutien aux services	72 034 710 \$	7,03%	73 059 604 \$	6,82%	1 024 894 \$	-0,21%
Gestion des bâtiments et des équipements	80 339 854 \$	7,83%	82 168 289 \$	7,67%	1 828 435 \$	-0,16%

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

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

L'équilibre budgétaire

Rapport de la direction

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

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

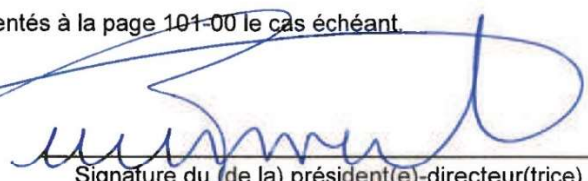
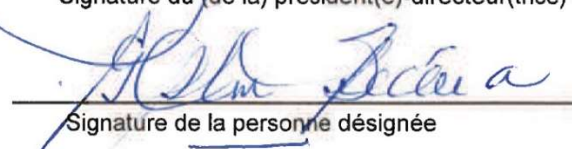
La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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

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

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

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

<u>2019-06-13</u>	<u>MARLIN BRAUMONT</u>	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
<u>2019/06/13</u>	<u>GASTON BEDARD</u>	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	<u>président du CA</u>	
	Fonction	

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

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

Le CHU de Québec-Université Laval présente, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2019, un déficit global de 15 435 474 \$, composé d'un déficit de 13 887 138 \$ du fonds d'exploitation et d'un déficit de 1 548 336 \$ du fonds d'immobilisations.

L'établissement ne s'est pas conformé, en 2018-2019, à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit. Toutefois, le déficit en provenance du fonds d'immobilisations est compensé par les surplus accumulés des années antérieures. Concernant le déficit du fonds d'exploitation, un plan d'équilibre budgétaire sur quelques années a été présenté au MSSS.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique ¹	1	66 610 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	12	176 631 774 \$
Total des contrats de service	13	176 697 884 \$

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

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

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
R	PR	NR				
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve			R : Pour réglé			
O : pour observation			PR : pour partiellement réglé			
C : pour commentaire			NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'utilisateur » n'est pas conforme aux définitions du MGF pour les centres d'activités suivants : 6332-6352-6564-6565-7090-7553. Il n'est pas possible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site étant donné la non-intégration des systèmes de compilation.	2012-13	C	Avec le transfert d'activités au CIUSSS de la Capitale Nationale, pour le CA 6332, il n'y a plus le problème de l'utilisateur unique puisque tout se retrouve dans un seul code budgétaire. Pour les 4 autres secteurs (6564-6565-7090-7553) nous allons faire la preuve en 19-20 que les usagers sont uniques.		PR	
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie) n'est pas conforme aux définitions du MGF puisque les examens et procédures sont seulement compilés au moment de la signature électronique des médecins qui n'est pas nécessairement la même que la date des examens et procédures tel que prescrit au MGF.	2012-13	C	La compilation provient de deux systèmes. 64% des UTP provient du système Médirad qui compile selon la date de signature puisqu'il y a un lien avec la facturation du médecin. Il n'est pas possible pour l'établissement de modifier ce paramètre. Cette méthode sous-évalue de 0.15% les UTP au 31 mars 2019. Le système Muse permet la compilation des autres UTP selon la date de réalisation.	R		

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats

Non applicable pour 2016-2017.						

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

Aucune trace n'est conservée sur les ajustements qui sont effectués sur la liste initiale des unités de mesure compilées. (ex. : élimination des doublons)	2017-18	C	La direction de la performance clinique et opérationnelle (DPCO) a mis en place en 2018-2019, un processus qui permet d'extraire les ajustements effectués entre les listes initiales et finales utilisées pour la compilation des unités de mesure. Ce processus est appliqué de façon périodique afin de s'assurer de la fiabilité des rapports informatiques utilisés.	R		
Bien que les processus d'arrivées et de départs soient adéquats, il n'y a pas de révision périodique des accès des utilisateurs aux applications financières GRF, GRM et Paie.	2017-18	C	Bien que le suivi des droits d'accès des utilisateurs s'effectue à des fréquences variables selon les pilotes de systèmes, un processus formel de suivi des droits d'accès des utilisateurs à intervalle régulier est progressivement mis en place par les pilotes des systèmes financiers visés en 2018-2019. Le cycle complet de cette activité sera finalisé en décembre 2019.		PR	

Rapport à la gouvernance

Les mises à jour des profils d'utilisateurs et des menus du système ne sont pas limitées au personnel affecté à la sécurité des TI. Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences de la mesure 5.7.3 du Cadre global de gestion.	2015-16	C	La gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux fonctions de l'ensemble GRF/GRM s'effectue conformément à la politique de gestion des accès adoptée par le CHU de Québec-Université Laval. Les pilotes de systèmes exécutent les tâches associées à la gestion des profils d'utilisateurs et des accès aux	R		
---	---------	---	--	---	--	--

			fonctions de l'ensemble GRF/GRM. À la réunion du comité de vérification du 15 juin 2018, des précisions supplémentaires sur la décentralisation de cette responsabilité ont été apportées et le niveau de risque associé à ce mode de fonctionnement a été jugé acceptable.			
La période d'amortissement pour le développement informatique pour l'établissement était de 5 ans alors que selon le MGF, la période indiquée était plutôt de 10 ans. La situation a été corrigée pour les années à venir, toutefois le solde actuel d'amortissement cumulé est surévalué et celui pour le solde de fonds est sous-évalué. L'écart sur l'amortissement cumulé de début a été estimé à environ 1 600 000 \$.	2016-17	C	Depuis le 1^{er} avril 2017 tous les nouveaux projets en développement informatique sont amortis sur 10 ans. Par contre, la situation n'a pas été corrigée rétroactivement pour les projets des années antérieures. Le solde d'amortissement cumulé est surévalué de 645 299 \$ au 31/03/2019.		PR	

La divulgation des actes répréhensibles

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	9	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	14	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		3	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		7	1
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		1	1
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		3	3
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		11	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	5	
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé		6	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	Sans objet	0	Sans objet

1. Le nombre de divulgations correspond aux nombres de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs ; par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il est contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

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

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

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

- *Code* : code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- *Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.
- *Conseil* : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

- *Conflit d'intérêts* : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.
- *Conjoint* : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).
- *Entreprise* : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.
- *Famille immédiate* : aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.
- *Faute grave* : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.
- *Intérêt* : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
- *LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.
- *LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- *Membre* : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.
- *Personne indépendante* : tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.
- *Personne raisonnable* : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances (BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS, *Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision - Rapport de recherche*, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, 2003, p. 51).
- *Renseignements confidentiels* : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager ou à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

Section 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 - CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du *Code d'éthique et de déontologie*. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et aux décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'Annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'Annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation, ou sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 - APPLICATION

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

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

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

- 18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. L'une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2 Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3 Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

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

19. Processus disciplinaire

- 19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'Annexe VI rempli par cette personne.
- 19.3** Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- 19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, le membre ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'Annexe VII.
- 19.5** Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 19.6** Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8** Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

- 19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 19.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement afin de permettre une prise de décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, selon la gravité du manquement.
- 19.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 19.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

Les installations du CHU de Québec-Université Laval

SIÈGE SOCIAL :

L'Hôtel-Dieu de Québec

11, côte du Palais
Québec (Québec) G1R 2J6

Hôpital de l'Enfant-Jésus

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

CHUL

2705, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 4G2

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Hôpital Saint-François d'Assise

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

Centre administratif

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

Téléphone : 418 525-4444

Rédaction, coordination et production : Direction adjointe des communications

Merci!

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec 2017

Bibliothèque nationale du Canada 2017

ISSN : 2291-8043

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

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

