

Rapport annuel de gestion 2020-2021



Table des matières

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration.....	4
Déclaration de fiabilité de l'établissement	6
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil.....	7
Les programmes et les services offerts.....	8
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2021	12
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	13
Rapport de suivi sur l'application du <i>Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval</i>	14
Composition du conseil d'administration	15
Les comités du conseil d'administration.....	16
Les instances consultatives	20
Faits saillants de l'année	26
Statistiques opérationnelles	27
Nos orientations stratégiques.....	29
Objectifs prioritaires 2020-2021.....	30
1. Accès aux soins et aux services	31
2. Meilleures pratiques au quotidien	39
3. Santé et mieux-être au travail	45
4. Façonner le CHU de demain.....	49
Nos missions universitaires, régionales, suprarégionales et provinciales.....	57
L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval.....	58
La recherche au CHU de Québec-Université Laval.....	59
L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	60
Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale	61
Épithésie – Service de prothèses faciales	62
Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC).....	63
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)	64
Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) et test génomique prénatal non invasif (TGPNi).....	65
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec.....	66
Principaux projets de développement immobilier au CHU	67
COVID-19 – Bilan de la dernière année modulation des activités	68
Les résultats au regard du plan stratégique du Ministère de la santé et des services sociaux.....	72

Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services.....	74
L'Agrément	74
Suivis apportés aux recommandations émises par Agrément Canada dans son dernier rapport.....	74
La sécurité et la qualité des soins et des services	74
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents.....	74
La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	75
La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	75
Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incidents-accidents identifiés.....	76
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.....	77
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers	78
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations adressées à l'établissement	80
Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement	81
Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations	81
Autres recommandations adressées à l'établissement	82
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier)	83
L'examen des plaintes et promotion des droits	84
Application de la politique concernant les soins de fin de vie.....	86
Les ressources humaines	87
Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel	87
Heures rémunérées.....	88
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2021.....	89
Les ressources financières	90
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme services	90
Rapport de la direction.....	91
L'équilibre budgétaire.....	92
Les contrats de service	93
Les ressources informationnelles.....	94
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	95
La divulgation des actes répréhensibles.....	98
Annexes	99
Annexe 1 : Les comités, conseils et instances consultatives.....	99
Les comités du conseils d'administration	99
Les mesures mises en place par l'établissement ou par son comité de vigilance et de la qualité	100
Annexe 2 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	121
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	121

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



M. Martin Beaumont
Président-directeur général



M. Gaston Bédard
Président du conseil d'administration

Il va sans dire que la dernière année n'a rien eu de banal et que les plans que nous avions l'intention de suivre ont été chamboulés à plus d'un égard. Des opérations du bâtiment aux rendez-vous dans les cliniques externes en passant par l'ouverture de nouvelles unités COVID-19 et le retraitement des dispositifs médicaux, tous les secteurs du CHU ont dû se réinventer, faire preuve de résilience et de créativité afin de s'adapter à la nouvelle réalité changeante et angoissante de la pandémie. Parmi les exploits qui ont été accomplis dans ce contexte inédit, nous ne pouvons passer sous silence le dévouement exceptionnel de nos intervenants, notamment nos professionnels des laboratoires, qui ont augmenté leur productivité et le nombre de services offerts de manière exponentielle, tout comme celui de nos soignants qui ont fait preuve d'une grande ouverture et portent, depuis plus d'un an, notre mission de soins à bout de bras.

Toutefois, même si l'adoption du plan annuel 2020-2021 et son application ont été ralenties par la pandémie, nous avons su garder le cap sur les quatre grandes priorités annuelles qui ont été définies pour l'année 2020-2021, soit améliorer l'accès aux soins et aux services, promouvoir de meilleures pratiques au quotidien, favoriser la santé et le mieux-être au travail ainsi que façonner le CHU de demain. Ces priorités sont la suite logique des projets et des ambitions des années précédentes.

Ainsi, nos équipes ont poursuivi leurs efforts et ont fait des pas de géant, malgré une année particulièrement exigeante. Voici un aperçu de leurs réalisations, sur lesquelles des données sont présentées dans les pages qui suivent.

Priorité 1

Accès aux soins et aux services

Au cours de la dernière année, plusieurs centres de rendez-vous par spécialité ont été mis en fonction. Chacun de ces centres assure un accès équitable aux soins et aux services selon la condition clinique de chaque patient. De plus, cette centralisation facilite grandement la prise de rendez-vous pour les usagers. Parmi ces nouveaux centres, mentionnons celui de l'urologie : c'est le premier où s'effectuent la gestion et l'octroi de rendez-vous à la fois pour les cliniques externes et l'oncologie de trois de nos hôpitaux.

De même, les rendez-vous en résonance magnétique (IRM) pour les cinq hôpitaux du CHU sont désormais gérés à partir d'un centre unique. Ainsi, grâce à une liste d'attente centralisée, la première disponibilité de rendez-vous dans l'ensemble de nos installations est maintenant offerte au patient.

Par ailleurs, les usagers des urgences du CHUL et de l'Hôpital Saint-François d'Assise bénéficient maintenant d'un accès direct aux services d'un physiothérapeute. Cette nouveauté se traduit en bénéfices concrets pour les usagers, dont la réduction significative du taux de reconsultation à l'urgence et la diminution du recours à la médication sous ordonnance.

Priorité 2

Meilleures pratiques au quotidien

Pour que les pratiques se bonifient, des actions nombreuses et variées doivent se concrétiser. Cette priorité englobe d'ailleurs des projets de natures diverses, allant de la prévention et du contrôle des infections à la gestion des données en passant par l'approche adaptée à la personne âgée aux urgences.

En ce qui concerne la lutte aux infections nosocomiales, le CHU a poursuivi ses efforts afin d'améliorer le taux de conformité à l'hygiène des mains et d'éviter la progression des cas de bactéries bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC). Des travaux visant à consolider les pratiques de prévention du délirium dans nos urgences et unités de soins adultes sont toujours en cours, tandis que la modernisation de notre mode d'exploitation des données se poursuit.

Priorité 3

Santé et mieux-être au travail

La démarche *En mode solutions* qui vise à trouver des mesures réalistes et durables pour améliorer la qualité de vie globale de nos intervenants, mais également contrer la rareté d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et d'inhalothérapeutes, s'est poursuivie en force en 2020. En effet, malgré la pandémie, plusieurs initiatives innovantes se sont concrétisées au cours de la dernière année.

Parmi celles-ci, mentionnons les partenariats avec des centres de la petite enfance situés près de nos hôpitaux qui donnent priorité aux employés du CHU lors de l'attribution

des places, l'amélioration de l'offre d'activités sportives pour les intervenants ou encore la mise sur pied du Réseau d'accueil des collègues qui collabore au soutien des nouveaux collègues dans nos unités de soins. Des travaux de transformation des horaires sont également en cours; cette démarche permettra notamment d'offrir des horaires sur six mois, un meilleur équilibre travail/vie personnelle ainsi que d'améliorer la répartition des ressources et des champs d'expertise dans les unités.

Priorité 4

Façonner le CHU de demain

Le projet du nouveau complexe hospitalier (NCH) est un incontournable dans ce qui façonnera le CHU de demain. Malgré les ralentissements des chantiers dus à la pandémie, une grande étape de ce projet a été réalisée au cours des derniers mois avec la mise en service progressive de la plateforme clinico-logistique. Celle-ci rassemble les services alimentaires, l'entreposage et la distribution des fournitures, la pharmacie ainsi que la reprographie. Tout premier bâtiment du genre au Canada, cette plateforme dessert l'ensemble des hôpitaux du CHU.

De même, toujours en lien avec le NCH, la construction et l'activation du Centre intégré de cancérologie (CIC) s'est aussi poursuivie. Rappelons qu'à terme, le CIC sera le plus grand centre de cancérologie au Québec et parmi les plus grands centres de cancérologie au Canada; il regroupera les activités ambulatoires oncologiques de L'Hôtel-Dieu de Québec et de L'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Ces réalisations ne représentent qu'une fraction de ce qui est accompli chaque jour par les équipes du CHU. L'expertise, le dévouement, le professionnalisme et l'adhésion aux valeurs du CHU – humanisme, collaboration, excellence, innovation – transparaissent dans chacun des gestes des intervenants de notre établissement : assistants techniques aux soins de santé, préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, inhalothérapeutes, technologues de laboratoire, médecins, chercheurs, professionnels de la santé, gens de métier, employés administratifs, résidents et étudiants, gestionnaires et bénévoles n'ont pas ménagé leur énergie et leurs efforts afin de remplir les quatre volets de notre mission : soins, recherche, enseignement et évaluation.

Nous sommes fiers de nos équipes et nous tenons à remercier chaleureusement chacun de nos intervenants qui ont œuvré dans un contexte exceptionnel au cours de la dernière année. Nous remercions aussi nos administrateurs pour leur dévouement et la rigueur dont ils font preuve dans la gouvernance de notre grande organisation.

Enfin, nous tenons également à remercier nos partenaires, et plus particulièrement la Fondation du CHU de Québec, qui soutiennent nos équipes dans leurs travaux pour améliorer sans cesse la qualité des soins et poursuivre les avancées de la recherche.

M. Martin Beaumont
Président-directeur général

M. Gaston Bédard
Président du conseil d'administration

Déclaration de fiabilité de l'établissement

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs de son plan stratégique.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2020-2021 du CHU de Québec-Université Laval :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance 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 2021.



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

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

LE PLUS IMPORTANT
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE (CHU) DU QUÉBEC
ET UN DES PLUS GRANDS CENTRES
HOSPITALIERS AU CANADA



Notre mission

- Soins et services
- Enseignement
- Recherche
- Évaluation

Cinq hôpitaux

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



1 260
lits dressés

40 000

équipements
médicaux spécialisés,
dont la valeur
s'élève à

230 M \$



Territoire desservi

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



Clientèle potentielle

Près de
2 millions
de personnes

¹ Données au 31 mars 2020. Les données au 31 mars 2021
seront validées au cours de l'automne 2021.
Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre
de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2019-2020*.

Enseignement

190 811 jours de stage
L'équivalent d'une école de près
de **800** étudiants à temps plein



Recherche

Financement total :
112,8 M \$
Plus important
centre de recherche francophone
en santé en Amérique du Nord



Évaluation des technologies en santé

9 nouvelles évaluations
Près de **150** rapports
depuis 2006

Personnel

11 922 employés

1 507 médecins,
dentistes
et pharmaciens



348 bénévoles

3 063 chercheurs réguliers et associés,
affiliés et honoraires, employés
du centre de recherche du CHU
étudiant aux cycles supérieurs
et stagiaires postdoctoraux¹

Total

16 840 intervenants



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 2020
CHUL Centre hospitalier de l'Université Laval Centre mère- enfant Soleil	<p>CHUL – Centre mère-enfant Soleil (CMES) - Centre de référence tertiaire pour le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL) en santé de la mère et de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Clinique du développement ▪ Clinique du prématuré ▪ Clinique de retard de développement ▪ Clinique spécialisée de pneumologie pédiatrique (CSPP) ▪ Dermatologie pédiatrique ▪ Diabétologie pédiatrique ▪ Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques ▪ Endocrinologie pédiatrique ▪ Gastroentérologie pédiatrique ▪ Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique ▪ Gynécologie et obstétrique ▪ Gynécologie pédiatrique ▪ Hémato-oncologie pédiatrique ▪ Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique ▪ Immunologie-allergie pédiatrique ▪ Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique ▪ Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse ▪ Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique ▪ Médecine obstétricale ▪ Néonatalogie (soins intensifs néonataux) ▪ 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 – audiologie : 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 ▪ Programme québécois de dépistage de la surdité neonatale ▪ Programme québécois de dépistage des maladies génétiques ▪ Rhumatologie pédiatrique ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs pédiatriques ▪ Transport néonatal provincial ▪ Urgence pédiatrique ▪ Urologie pédiatrique ▪ Médecine de l'adolescence

Site	Services offerts en 2020
CHUL Centre hospitalier de l'Université Laval	<p>Volet adulte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre d'expertise de la gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUIS UL ▪ Chirurgie générale ▪ Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie ▪ 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)
HEJ Hôpital de l'Enfant-Jésus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre d'aphérèse ▪ Centre d'hémophilie ▪ 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 désigné COVID-19 (volet adulte) ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre suprarégional de neurochirurgie et de neuro-oncologie ▪ Centre tertiaire AVC ▪ Centre tertiaire de traumatologie pour l'est du Québec ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Endocrinologie ▪ Gastroentérologie ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Médecine interne ▪ Neuromodulation ▪ Neuro-ophtalmologie ▪ ORL ▪ Orthopédie ▪ Physiatrie ▪ Pneumologie ▪ Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) ▪ Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie (cystoscopie)

Site	Services offerts en 2020	
HSS Hôpital du Saint-Sacrement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Chirurgie buccale et maxillo-faciale ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie plastique ▪ Dermatologie ▪ Gastroentérologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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'HDQ L'Hôtel-Dieu de Québec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ancrage osseux ▪ Cardiologie ▪ Centre d'aphérèse ▪ Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus ▪ Centre québécois d'expertise en implant cochléaire ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie hépatobiliaire ▪ Chirurgie plastique ▪ Chirurgie vasculaire et thoracique ▪ Dermatologie/chirurgie de Mohs ▪ Endocrinologie ▪ Épithésie ▪ Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale ▪ Gastroentérologie ▪ Gynécologie oncologique ▪ Hématologie ▪ Hémato-oncologie ▪ Hémodynamie ▪ Hôtellerie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infectiologie ▪ Médecine dentaire en oncologie ▪ Médecine interne ▪ Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) ▪ Neurologie ▪ Nutrition parentérale à domicile ▪ Oncologie ▪ Orthopédie ▪ Orthopédie oncologique ▪ ORL ▪ Pneumologie ▪ Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques ▪ Radio-oncologie, curiéthérapie et téléthérapie ▪ Service aux laryngectomisés - Programme d'aide à la communication ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie oncologique
HSFA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecine familiale hospitalière ▪ Médecine interne

Site	Services offerts en 2020	
Hôpital Saint-François d'Assise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires ▪ Chirurgie générale ▪ Chirurgie gynécologique ▪ Chirurgie vasculaire ▪ Gastroentérologie ▪ Pouponnière ▪ Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) ▪ Soins intensifs ▪ Soins palliatifs ▪ Urgence ▪ Urologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstétrique ▪ Orthopédie ▪ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ▪ Planification des naissances ▪ Pneumologie

Organigramme du CHU au 31 mars 2021



CONSEIL D'ADMINISTRATION

ROBIN BÉGIN
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

JULIE BLODEAU
Commissaire adjointe

DIANE BLANCHET
Commissaire adjointe

VALÉRIE MARTEL
Commissaire adjointe

MARTIN BEAUMONT
Président-directeur général

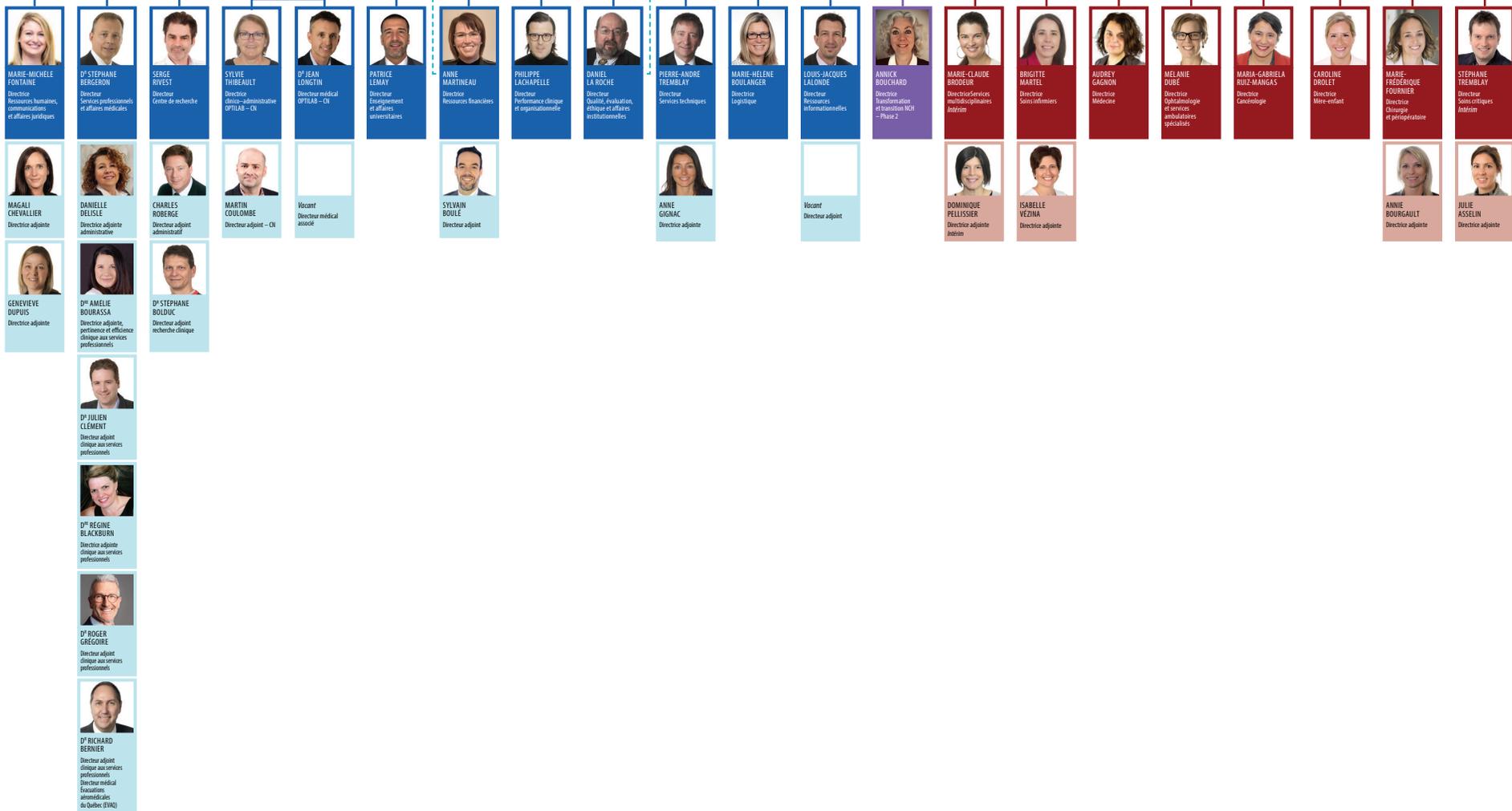
JEAN-THOMAS GRANTHAM
Adjoint au PDC Affaires publiques, gouvernementales et NCH

CHRISTINE MIMÉAULT
Directrice générale adjointe Nouveau complexe hospitalier

DANIELLE GOULET
Présidente-directrice générale adjointe

OP+ILAB
Coopérateur institutionnel

COALITION QUALITÉ ET PERFORMANCE



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



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 2021, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2020-2021.

Le secrétaire du conseil d'administration,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Beaumont', with a large, stylized flourish extending to the right.

Martin Beaumont

Signé à Québec ce 29 juin 2021

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

Composition 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 %	86 %
M. Martin Beaumont, secrétaire du C. A.	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier	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>	100 %	100 %
M. Sylvain Gagnon	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	86 %
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	86 %
M ^{me} Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %	86 %
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 %	57 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désignée <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	100 %	86 %
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre désignée <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	83 %	86 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	86 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %	86 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désignée <i>Comité des usagers</i>	100 %	71 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>	83 %	71 %
M ^{me} Eugénie Brouillet	Représentante de l'Université Laval	83 %	57 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	100 %	29 %
M. Pierre Tremblay	Membre observateur, Fondation	100 %	57 %

* Les faits saillants du conseil d'administration sont présentés en détails à l'annexe 1

Les comités du conseil d'administration

Comité de vérification

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séance spéciale
M ^{me} Sylvie Lemieux, présidente	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier, vice-président	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	80 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M ^{me} Diane Jean	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	60 %

La Direction des ressources financières soutient ce comité et en assure le volet administratif

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité de vigilance et de la qualité

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. Sylvain Gagnon, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles soutient ce comité et en assure le volet administratif

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Louis-Denis Fortin, 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>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	83 %
M. Sylvain Gagnon (à partir du 17 novembre 2020)	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	67 %

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques soutient ce comité et en assure le volet administratif

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité des ressources technologiques, immobilières et logistiques

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>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	83 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	83 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	83 %

La Direction des services techniques soutient ce comité et en assure le volet administratif.

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Sophie Lefrançois, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M ^{me} Eugénie Brouillet, vice-présidente	Représentante de l'Université Laval	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %

La Direction du Centre de recherche soutient ce comité et en assure le volet administratif

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité du nouveau complexe hospitalier

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
M. Gaston Bédard, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	83 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	83 %
M. Pierre Tremblay	Membre observateur Fondation	83 %

La Direction générale adjointe du nouveau complexe hospitalier soutient ce comité et en assure le volet administratif

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité sur les demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges et sur l'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard d'un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Sylvain Gagnon, président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %
M ^{me} Suzanne Petit	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %
Le Service du contentieux et des affaires juridiques soutient ce comité et le bureau du président-directeur général assure le volet administratif		

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Comité de gouvernance et d'éthique

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Diane Jean, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
M. Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>	83 %
Le bureau du président-directeur général soutient ce comité et en assure le volet administratif		

* Les faits saillants du comité sont présentés en détails à l'annexe 1

Les instances consultatives

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Nom	Représentation
Les officiers	
M. Olivier Godbout	Président
M ^{me} Julie Maranda	Vice-présidente
M. Martin Parent	Secrétaire
M ^{me} Isabel Gaudreault	Trésorière
Les conseillères	
M ^{me} Valérie Dufour	Conseillère
M ^{me} Marie-Claude Guindon	Conseillère
M ^{me} Vanessa Huard	Conseillère
M ^{me} Antissar Lemzouri	Conseillère
M. Mathieu Morisson	Conseiller
M ^{me} Maude Trépanier	Conseillère
Les membres observateurs	
M ^{me} Danielle Boucher	Représentante au conseil d'administration
M ^{me} Myriam Latouche	Membre observateur
La directrice désignée par la Direction générale (membre d'office)	
M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
La présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	
M ^{me} Lise Boucher	Présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
Le président-directeur général	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
Les maisons d'enseignement	
M ^{me} Mélanie Bérubé	Université Laval
M ^{me} Annie Laporte	Cégep Garneau
M ^{me} Marie-Pier Riverin Gagnon	Centre de formation professionnelle Fierbourg

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Nom	Représentation
Les officiers	
M ^{me} Stéphanie Pouliot, coordonnatrice technique en diagnostic moléculaire, HSS, <i>démission de cette fonction en décembre 2020</i>	Président
M. David Malenfant, travailleur social, L'HDQ, <i>nomination à cette fonction le 19 janvier 2021</i>	
M. David Malenfant, travailleur social, L'HDQ (<i>de juin 2020 à décembre 2021</i>)	Vice-président
M ^{me} Anne Pomerleau, ergothérapeute, HSFA, (<i>nomination le 19 janvier 2021</i>)	
M ^{me} Élisabeth Thifault, agente de planification et de programmation à la DEAU (<i>nomination en mars 2021</i>)	Secrétaire
M ^{me} Stéphane Drouin, chargée clinique de sécurité transfusionnelle, membre cooptée, représentante Optilab hors CHU	
M ^{me} Claudia Fortier, ergothérapeute, HSS	Trésorière
Responsable des communications	
M ^{me} Élisabeth Thifault, agente de planification et de programmation à la DEAU	
Les conseillères	
M ^{me} Marie-Hélène Bourdages, nutritionniste, CHUL	Conseillère
M ^{me} Catherine Demontigny, archiviste médicale, HSFA	Conseillère
M ^{me} Annie Ouellet, chargée d'enseignement clinique inhalothérapie, L'HDQ	Conseillère
M ^{me} Jocelyne Lévesque, orthophoniste, CHUL	Conseiller
M ^{me} Émilie Ruel, technologue en imagerie médicale, HEJ	Conseillère
Le membre désigné pour siéger au C.A.	
M ^{me} Marianne Talbot, physiothérapeute, HSFA	Représentante au conseil d'administration
Le représentant désigné par la Direction générale (membre d'office)	
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires
Le représentant de la Direction médicale des services hospitaliers	
M. Martin Coulombe	Directeur adjoint à la Direction médicale des services hospitaliers
Le président-directeur général	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité consultatif à la Direction générale

CHUL
D ^{re} Karen Adams, rhumatologue
D ^r Jean-Marc Côté, cardiologue pédiatrique
D ^r Jacques Mailloux, gynécologue-obstétricien
Hôpital Saint-François d'Assise
D ^{re} Valérie Gaudreault, cardiologue
D ^{re} Louise Lacerte, anesthésiologiste
D ^r Patrice Montminy, orthopédiste
Hôpital du Saint-Sacrement
D ^r Bruno Godbout, anesthésiologiste
D ^{re} Julie Lemay, médecin de famille
M ^{me} Marie-Claude Racine, pharmacienne
L'Hôtel-Dieu de Québec
D ^r Jean Archambault, radio-oncologue
D ^r Jean Beaubien, anesthésiologiste
D ^r Luc Vaillancourt, anatomopathologiste
Hôpital de l'Enfant-Jésus
D ^r Richard Desbiens, neurologue
D ^r Pascal Renaud, médecin de famille
D ^{re} Annie-Claude Valcourt, chirurgienne maxillo-faciale

Représentation
Président-directeur général
Présidente-directrice générale adjointe
Directrice générale adjointe- Nouveau complexe hospitalier
Directrice des soins critiques
Directrice oncologie
Directrice ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés
Directrice médecine
Directrice mère-enfant
Directrice chirurgie et périopératoire
Directeur des services professionnels et des affaires médicales
Directrice des soins infirmiers
Directeur des services multidisciplinaires
Directrice médicale des services hospitaliers
Directeur de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et des affaires institutionnelles
Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
Directeur du Centre de recherche
Cogestionnaire médical du programme de cancérologie
Adjoint au directeur médical du programme de traumatologie
Chefs des départements
Présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Président du conseil multidisciplinaire
Présidente du conseil des infirmières et des infirmiers
Adjointe au président-directeur général - relations médias et projets spéciaux (observatrice)

Comité des usagers

Nom
M ^{me} Marielle Philibert, présidente
M. Michel Dumas, vice-président
M ^{me} Lucie Voyer, secrétaire
M. René St-Pierre, trésorier
M ^{me} Estelle Bourque
M ^{me} Danielle Giroux
M. Éric Hufty
M ^{me} Hélène Jobin
M ^{me} Danièle Marcoux
M ^{me} Huguette Michaud
M ^{me} Renée Morin
M ^{me} Christiane Roy, personne-ressource

Comité d'éthique clinique

Nom	Spécialité
D ^r Pierre J. Durand	Gériatrie (président)
D ^{re} Virginie Bibeau	Soins intensifs, HSFA-L'HDQ
D ^r Jacques Brochu	Anesthésie, HEJ-HSS
M ^{me} Alexandra Bolduc	Représentante du conseil multidisciplinaire
M ^{me} Hélène Gagnon	Représentante du public
D ^r Vincent Laroche	Hématologie, HEJ
M ^{me} Antissar Lemzouri	Représentante du conseil des infirmières et infirmiers
D ^{re} Anne Paquette	Soins palliatifs, HEJ
D ^r Louis-Denis Poulin	Néphrologie, L'HDQ
M. François Pouliot	Conseiller en éthique

Comité d'éthique de la recherche

Nom	Représentation
M ^{me} Diane Major	Présidente, experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Manon Arpin	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Chantale Audet	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Émilie Beaulieu	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Amélie Beausoleil	Représentante de la collectivité
M ^{me} Marie-France Boudreault	Experte scientifique et biomédicale
M. Maxime Chénard-Poirier	Expert scientifique et biomédicale
M ^e Paul Chênevert	Expert juridique
M ^{me} Romy Chevalier	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Geneviève Cossette	Experte juridique et en éthique
M ^{me} Julie Côté	Experte scientifique et biomédicale
D ^{re} Christine Desbiens	Experte scientifique et biomédicale
M. Yvan Desrochers	Représentant de la collectivité
M ^{me} Caroline Diorio	Experte scientifique et biomédicale
D ^r Régen Drouin	Expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Audrey Durand	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Amélie Dussault	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Marianne Émond	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Micheline Fortin	Représentante de la collectivité
M ^{me} Dominique Fréchette	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Dominique Goulet	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Pascale Gervais	Experte scientifique et biomédicale
M. Yves Giguère	Vice-président, expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Lucie Girard	Vice-présidente, experte en éthique
M ^e Anne-Catherine Hatton	Experte juridique
M. Samer Hussein	Expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Lydia Lavastre	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Flavie Lavoie-Cardinal	Experte scientifique et biomédicale
M ^e Élise Lavoie-Talbot	Experte juridique
M ^{me} Caroline Maltais	Vice-présidente, experte juridique et en éthique
M ^{me} Ana Marin	Experte scientifique, biomédicale et en éthique
D ^r Jacques Massé	Expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Karine Michaud	Experte scientifique et biomédicale
M. Gilles Nadeau	Expert en éthique
M ^{me} Véronique Paradis	Experte scientifique et biomédicale
M. Jean-Sébastien Parent	Expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Marie-Claude Pelland-Marcotte	Experte scientifique et biomédicale
M. François Pouliot	Vice-président, expert scientifique, biomédical et en éthique
M. Vincent Raymond	Expert scientifique et biomédicale
M. Pierre Schallum	Expert en éthique
D ^r Andrew Toren	Expert scientifique et biomédicale
M ^{me} Tuong-Vi Tran	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Caroline Tremblay	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Sonia Waite	Représentante de la collectivité

Comité de gestion des risques

Nom	Représentation
Mme Geneviève Larouche, présidente	Représentante du conseil d'administration
M. Marc-André Gélinas (jusqu'en septembre 2020), 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
Mme Michèle Ricard, secrétaire	Adjointe au directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles - gestionnaire de risques
Mme Fanny Beaulieu	Responsable au programme de prévention et de contrôle des infections
Dr Stéphane Bergeron	Directeur adjoint des services professionnels
Mme Caroline Bouchard	Représentante de la Direction de la logistique (volet des contrats et de l'approvisionnement)
Mme Magali Chevallier (depuis novembre 2020), vice-présidente	Représentante de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Mme Marlène Chevanel	Partenaire de l'établissement
M. Mario Chrétien	Officier de radioprotection
M. Martin Coulombe	Représentant de la Direction médicale des services hospitaliers
M. Martin Darveau	Représentant du Département de pharmacie
Mme Stéphanie Drouin	Représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle
Mme Audrey Gagnon	Directrice clinique médecine
M. David Genest	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
Mme Anne Gignac	Répondante en sécurité civile
M. Martin Parent	Représentant du conseil des infirmières et infirmiers
Mme Lucie Grenier	Représentante du Président-Directeur général
M. Éric Hufty	Représentant du comité des usagers
M. Daniel La Roche	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M. David Malenfant	Représentant du conseil multidisciplinaire
Mme Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
Mme Renée Morin	Représentante du comité des usagers
Dre Marie-Ève Samson	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dre Hélène Senay	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Pierre-André Tremblay	Directeur des services techniques
M. Stéphane Tremblay	Directeur des services multidisciplinaires

Faits saillants



Statistiques opérationnelles

Chaque jour, le personnel du CHU de Québec...

Fournit des soins à **1 072** personnes hospitalisées

dont **46** en pédiatrie

Admet **162** personnes dans ses hôpitaux

Réalise **20** accouchements Fournit des soins à **51 nouveau-nés** pour des soins spécialisés

Reçoit **537** visites dans ses urgences : **134** arrivent en ambulance **74** sont hospitalisés

Reçoit **2 058** visites dans ses cliniques externes spécialisées : **1 702** visites adultes **355** visites enfants

Accueille **408** patients en médecine de jour et hôpital de jour



Accueille **188** patients dans ses blocs opératoires dont **105** patients en chirurgie d'un jour

Traite **167** nouvelles requêtes pour des chirurgies électives

Réalise **222** examens en endoscopie

Réalise **13** mises en traitement en radio-oncologie

Réalise **156** traitements en hématologie

Réalise **316** traitements en hémodialyse sous toutes ses formes



Réalise **53 985** procédures de laboratoire

Réalise **2 200** procédures d'imagerie médicale



Rédige **8 567** ordonnances de médicaments

Effectue **973** retraitements de dispositifs médicaux

Prépare et sert **7 389** repas



Accommode **20** personnes dans son service d'hôtellerie

Assure l'entretien et le fonctionnement de plus de **40 000** équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à **230 M \$**

Pour la COVID-19 seulement, achat de **2 825** équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à **11 M \$**

Entretien des superficies totalisant **452 893 m²**



Statistiques opérationnelles

Une année au CHU de Québec

	2020-2021	2019-2020	
Hospitalisations	391 300	419 743	JOURS PRÉSENCE
	16 830	22 560	JOURS PRÉSENCE EN PÉDIATRIE
Admissions	59 237	65 314	
Accouchements	7 249	7 453	
Soins en néonatalogie	18 792	19 634	JOURS PRÉSENCE
Urgences	195 986	236 435	VISITES
	26 918	30 290	ADMISSIONS
Cliniques externes spécialisées	510 301	528 189	VISITES AU TOTAL
	422 147	442 866	VISITES ADULTES
	88 154	85 323	VISITES ENFANTS
Médecine de jour et hôpital de jour	101 126	110 917	VISITES
Blocs opératoires	46 624	58 926	USAGERS AU TOTAL
	25 969	34 985	CHIRURGIE D'UN JOUR
	41 477	51 284	REQUÊTES DE CHIRURGIES ÉLECTIVES
Endoscopie	55 064	64 388	EXAMENS
Radio-oncologie	3 177	3 360	MISES EN TRAITEMENT
Hémato-oncologie	38 724	38 942	TRAITEMENTS
Hémodialyse	78 275	78 150	TRAITEMENTS

	2020-2021	2019-2020	
Laboratoires	19 704 674	21 704 246	PROCÉDURES
Imagerie médicale	545 626	646 329	EXAMENS
Pharmacie	3 127 124	3 440 154	ORDONNANCES
Retraitements de dispositifs médicaux	355 075	408 984	RETRAITEMENTS
	2 696 910	3 201 510	REPAS
Hôtellerie	7 305	14 178	JOURS PRÉSENCE



Notre projet d'établissement

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.

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 proches, entre les intervenants et avec nos partenaires.

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 ainsi que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.



Notre plan annuel 2020-2022

Ce plan se réalisera sur une période de 16 mois, de décembre 2020 à mars 2022, et sera modulé en fonction de la durée de la pandémie de COVID-19.



1 Accès aux soins et aux services

- 1.1 Améliorer l'accès par le respect des délais des priorités cliniques A, B et C pour les spécialités médicales ayant un centre de rendez-vous déployé, à savoir : dermatologie, gastroentérologie, hémato-oncologie, rhumatologie et physiothérapie;
- 1.2 Améliorer l'accès par le respect des délais des priorités cliniques A, B et C pour les spécialités d'imagerie médicale ayant un centre de rendez-vous déployé, à savoir : TEP, IRM, TDM, scopie et mammographie;
- 1.3 Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation par une prise en charge des patients au bon moment et une coordination efficace de l'épisode de soins;
- 1.4 Améliorer la performance globale des urgences en misant sur la durée moyenne de séjour sur civière et l'orientation des patients ambulants;
- 1.5 Améliorer l'accès à la chirurgie afin d'atteindre les cibles ministérielles pour les chirurgies en oncologie et électives.

4 Façonner le CHU de demain

- NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER**
- 4.1 Obtenir du MSSS les autorisations nécessaires pour notre demande de changements significatifs pour la mise à jour du projet du Nouveau complexe hospitalier (NCH);
 - 4.2 Déployer et réaliser le processus de dénombrement des équipements existants dans l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et L'Hôtel-Dieu de Québec;
 - 4.3 Mettre en œuvre la structure de suivi des projets de transformation pour le bâtiment des soins critiques, le Centre de recherche du NCH ainsi que l'aile D de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus;
 - 4.4 Planifier et réaliser la transition pour la plateforme clinico-logistique, le Centre intégré de cancérologie et le Centre de recherche du NCH;
 - 4.5 Établir un plan stratégique pour vitaliser notre mission d'enseignement;
 - 4.6 Mettre en œuvre le plan de consolidation des activités de l'Hôpital du Saint-Sacrement;
 - 4.7 Concevoir le plan clinique, fonctionnel et technique de la pédiatrie du CHUL, en priorisant le volet ambulatoire;
 - 4.8 Réaliser un programme fonctionnel et technique en santé mentale et une analyse d'impact pour l'Hôpital Saint-François d'Assise.

2 Meilleures pratiques au quotidien

- 2.1 Éviter la progression des cas de bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénèmes (BGNPC);
- 2.2 Améliorer le taux de conformité à l'hygiène des mains;
- 2.3 S'adapter au vieillissement de la population en consolidant les pratiques systématiques de prévention du délirium et de mobilisation des usagers dans les cinq urgences en déployant une trajectoire de dépistage et de gestion du délirium dans toutes nos urgences et unités de soins adultes;
- 2.4 Moderniser et adopter un cadre de gestion et d'exploitation des données;
- 2.5 Appliquer les pratiques de pointe dans la gestion du portefeuille de projets du plan annuel afin de réaliser nos projets prioritaires tels que planifiés;
- 2.6 Soutenir et outiller nos gestionnaires et gestionnaires médecins, dentistes et pharmaciens pour optimiser le potentiel de la cogestion clinico-administrative.

3 Santé et mieux-être au travail

- 3.1 Améliorer ensemble nos conditions au travail, au bénéfice de nos patients (accent sur le personnel infirmier et préposés aux bénéficiaires);
- 3.2 Améliorer la santé globale de nos employés et de nos médecins;
- 3.3 Améliorer l'expérience de gestion et développer le leadership par la mise en place du modèle LEADS* et la consolidation du système de gestion.

* LEADS est un modèle de développement du leadership des cadres de la santé et des services sociaux dont s'inspire le CHU.



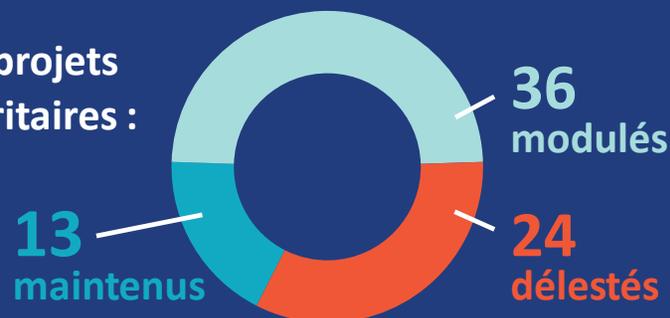
Objectifs prioritaires 2020-2021

Quatre grandes priorités

- 1** Accès aux soins et aux services
- 2** Meilleures pratiques au quotidien
- 3** Santé et mieux-être au travail
- 4** Façonner le CHU de demain

- **22** objectifs

- **73** projets prioritaires :



- Poursuite du plan sur 16 mois, jusqu'au 31 mars 2022, en respect de la planification stratégique ministérielle 2019-2023
- Délestage de certains projets selon l'intensité des efforts nécessaires pour faire face à la pandémie

1

Accès aux soins et aux services



1.1 Améliorer l'accès par le respect des délais des priorités cliniques A, B et C pour les spécialités médicales ayant un centre de rendez-vous déployé.

Projets maintenus

100 %

NEUROCHIRURGIE HEJ

Déployé : 28 septembre 2020

10 200

rendez-vous annuels

100 %

UROLOGIE L'HDQ/HEJ/HSFA

Déployé : 25 janvier 2021

28 430

rendez-vous annuels

75 %

OPHTALMOLOGIE HSS/HEJ/CHUL

Déploiement : 14 juin 2021

143 000

rendez-vous annuels

100 %

RADIO-ONCOLOGIE L'HDQ

Déployé : 1^{er} mars 2021
Travaux pour la transformation
vers le CIC : début 26 avril 2021

16 400

rendez-vous annuels

35 %

CHIRURGIE VASCULAIRE HSFA

Déploiement : 15 octobre 2021

18 600

rendez-vous annuels



Pourcentage de réalisation du projet

* **Priorité A** : 0-3 jours **Priorité B** : 10 jours et moins **Priorité C** : 28 jours et moins

1

Accès aux soins et aux services



1.1 Améliorer l'accès par le respect des délais des priorités cliniques A, B et C pour les spécialités médicales ayant un centre de rendez-vous déployé.

Projets modulés

NEUROLOGIE L'HDQ/HEJ/HSFA

Déploiement : 29 novembre 2021

Livrables équipe médicale **80 %**

17 300

rendez-vous annuels

40 %

PNEUMOLOGIE L'HDQ/HSFA/HSS/HEJ

Déploiement : 14 mars 2022

Livrables médicaux avancés à **70 %**

24 800

rendez-vous annuels

30 %

VISION DE L'ACCÈS ONCOLOGIQUE AU CHU

Travaux suspendus; ils seront repris
après l'ouverture du CIC

CHIRURGIE PLASTIQUE HEJ/L'HDQ/HSS

Déploiement : 9 mai 2022

Travaux préalables avec l'équipe
médicale en cours

MAXILO-FACIAL HEJ

Projet non démarré; démarrage de
l'équipe prévu le 24 janvier 2022

Dentisterie exclue

INFECTIOLOGIE HEJ/HSS/HSFA/CHUL/L'HDQ

Déploiement : juin 2022

Intégré avec la médecine interne;
ces spécialités seront réalisées en
concomitance

Projets délestés

OTHO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MÉDECINE INTERNE

 Pourcentage de réalisation du projet

* **Priorité A** : 0-3 jours **Priorité B** : 10 jours et moins **Priorité C** : 28 jours et moins

1

Accès aux soins et aux services



1.2 Améliorer l'accès par le respect des délais des priorités pour les spécialités d'imagerie médicale ayant un centre de rendez-vous déployé.

Projets modulés

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

MISE À JOUR
DES INDICATEURS

80%

CHANTIER ACCÈS
VOLET IRM

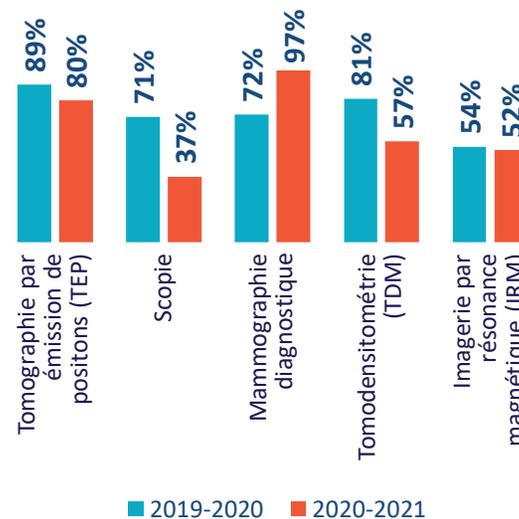
(depuis le 12 février 2021)

100%

CHANTIER ACCÈS
VOLET ÉCHOGRAPHIE

30%

Proportion des demandes d'examen électifs en imagerie diagnostique en attente de moins de 3 mois (1^{er} examen)



Projets délestés

ÉCHOGRAPHIE

ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA
PRESCRIPTION DES EXAMENS
D'IRM ET DE TDM RÉALISÉS
AU CHU

%
% Pourcentage de réalisation du projet

1 Accès aux soins et aux services



1.3 Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation par une prise en charge des patients au bon moment et une coordination efficace de l'épisode de soins.

Projets maintenus

PROJET VITRINE FLUIDITÉ HSFA

15 %

Partenariat CHU-CIUSSS
Action prioritaire à maintenir
(recommandé à la suite de la visite de
l'équipe d'évaluation du MSSS en mars 2021)

PROJET TÉLÉSANTÉ

75 %

Partenariat CHU-CIUSSS
Prévenir le déconditionnement
des personnes âgées en soutien
d'employés immunosupprimés
ou en retrait préventif

95 %

OFFRE DE SERVICES INTERDISCIPLINAIRE EN RÉADAPTATION SUR SEPT JOURS

Soutenir la planification des départs,
présences de fin de semaine bonifiées
en physiothérapie, nutrition clinique,
service social et ergothérapie

11 janvier 2020 :

début du déploiement progressif

Projet modulé

PROCESSUS AMÉLIORÉ DE PLANIFICATION DES DÉPARTS

50 %

Construction et révision d'outils
d'amélioration de la planification
des départs – unités de soins

 % Pourcentage de réalisation du projet * **Priorité A** : 0-3 jours **Priorité B** : 10 jours et moins **Priorité C** : 28 jours et moins

1

Accès aux soins et aux services



1.4 Améliorer la performance globale des urgences en misant sur la durée moyenne de séjour sur civière et l'orientation des patients ambulants.

Projets modulés

OFFRE DE SOINS DU SERVICE D'INTERVENTION RAPIDE EN ONCOLOGIE (SIRO)

100 %

Communication du fonctionnement de l'offre de soins du SIRO faite

100 %

Développement d'indicateurs fait

100 %

Prêt à être déployé dès le déménagement au CIC

PHYSIOTHÉRAPIE EN ACCÈS DIRECT

80 %

Déploiement dans les urgences pour les patients présentant des atteintes musculo-squelettiques

CHUL 6 octobre 2020 – 21 usagers (au 31 mars)

HSFA 26 octobre 2020 – 24 usagers (au 31 mars)

HEJ 15 février 2021 – 68 usagers (au 31 mars)

L'HDQ 7 juin 2021

HSS 8 juin 2021

Délai moyen de prise en charge par le physiothérapeute : **24 minutes** dans les trois urgences où le service est déployé

BÉNÉFICES :

- ↓ taux de reconsultation à l'urgence
- ↓ recours à la médication sous ordonnance
- ↑ satisfaction des usagers

Projet délesté

IMPLANTATION DES ACCUEILS CLINIQUES AUX URGENCES



Pourcentage de réalisation du projet

↓ Diminution ↑ Augmentation

1

Accès aux soins et aux services



1.5 Améliorer l'accès à la chirurgie afin d'atteindre les cibles ministérielles pour les chirurgies en oncologie et électives

Projets maintenus

CHIRURGIES ONCOLOGIQUES

Diminution importante des cas hors délais oncologiques

Avril 2020 :

231 cas hors délais plus de **28 jours**
501 patients en liste d'attente

Mars 2021 :

Moins de **15** cas hors délais plus de **28 jours**
0 cas hors délais plus de **56 jours**
500 patients en liste d'attente

CHIRURGIES ÉLECTIVES

Mars 2020 à août 2020 :

↑ globale du nombre de chirurgies électives en attente

Septembre 2020 à mars 2021 :

↓ des cas de plus de 6 mois,
soit 3 400 à environ 1 700

ENTENTE 108

(entente bloc opératoire privé)

- En vigueur depuis le **4 septembre 2020**
- Plus de **570 patients** ont été opérés chez Opéra MD

100%

REQUÊTE OPÉRATOIRE ÉLECTRONIQUE

- **Projet porteur** pour nos futurs développements
- **Excellente collaboration** des équipes médicales



Pourcentage de réalisation du projet

↓ Diminution ↑ Augmentation

1

Accès aux soins et aux services



1.5 Améliorer l'accès à la chirurgie afin d'atteindre les cibles ministérielles pour les chirurgies en oncologie et électives

Projets modulés

ACTUALISER LA VISION

- Unités de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)
- Blocs opératoires
- Unités de retraitement des dispositifs endoscopiques (URDE)

OBJECTIFS :

- rapatrier les activités de retraitement effectuées dans les unités satellites afin d'assurer une qualité optimale
- respecter les normes du Groupe CSA et d'Agrément Canada pour atteindre les plus hauts standards de qualité

CHUL :

- Rapatriement des activités de retraitement de l'URDE et des nasolaryngoscopes vers l'URDM : travaux amorcés, livraison prévue en novembre 2021
- Évaluation du nombre d'endoscopes à acquérir

ÉLABORATION DU PLAN CLINIQUE VOLET 3 DE CHIRURGIE

Déployé pour optimiser le temps opératoire (toutes spécialités)

- clarification des rôles et responsabilités des acteurs
- outil d'analyse des listes d'attente par les spécialités
- algorithme décisionnel pour l'attribution du temps opératoire
- rencontres régulières des comités locaux des blocs opératoires
- transfert d'activités cliniques lorsque requis
- optimisation de l'utilisation des ressources
- révision du calendrier d'attribution des priorités en fonction de la pandémie

TRANSFORMATION DES PROCESSUS DE TRAVAIL EN RADIO-ONCOLOGIE

100%

Cas de gynécologie : virage en chirurgie d'un jour terminé



Pourcentage de réalisation du projet



Diminution



Augmentation

1

Accès aux soins et aux services



1.5 Améliorer l'accès à la chirurgie afin d'atteindre les cibles ministérielles pour les chirurgies en oncologie et électives

Projets délestés

- Lits dédiés à la chirurgie d'un jour CDJ HSFA
- Optimisation de l'épisode de soins « planification des départs » HEJ et HSFA (B6 – orthopédie)
- Transfert des activités chirurgicales de la clinique de vasculaire HSFA
- Aménagement d'une nouvelle clinique pré-opératoire à HSS
- Rapatriement des activités d'installation de voie centrale et pacemaker dans les secteurs de l'imagerie

Situation des activités chirurgicales de mars 2020 à février 2021 :

- Mars 2020 :** premier délestage massif **entre 60 et 80 %**
- Été 2020 :** reprise graduelle d'activité **jusqu'à 70 %**
- Automne 2020 :** production chirurgicale à **92 %**
- Décembre 2020 :** deuxième délestage **entre 20 et 40%**
- Janvier 2021 :** reprise graduelle d'activité à **88 %**

2 Meilleures pratiques au quotidien



2.1 Éviter la progression des cas de bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)

Projets maintenus

100 %

- ✓ Ajustement du plan d'action
- ✓ Dépistage BGNPC pour tous les patients admis à L'HDQ
- ✓ Audits de conformité au dépistage BGNPC à l'admission
- ✓ Gembas effectués par les gestionnaires de L'HDQ

100 %

ADAPTATION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PRATIQUES pour contrôler la progression des cas de BGNPC

- Rénovation d'utilités souillées (8 500 et 13 500)
- Révision des processus de travail

15 %

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION À L'HDQ sur l'importance d'agir maintenant

TAUX D'INFECTION BGNPC

	2019-20	2020-21
L'HDQ	27 cas	25 cas
CHU	30 cas	37 cas



Pourcentage de réalisation du projet

2 Meilleures pratiques au quotidien



2.2 Améliorer le taux de conformité à l'hygiène des mains



9 unités sur 54 ont atteint la cible de 80 % : **↑ 7 unités depuis un an**

19 unités sur 52 ont augmenté leur taux de plus de 10 %

Taux d'hygiène global des mains **↑ 4 %** depuis un an (**64 % à 69 %**)

↓ Diminution ↑ Augmentation

2 Meilleures pratiques au quotidien



2.3 S'adapter au vieillissement de la population en consolidant les interventions préventives du déconditionnement aux urgences et en déployant un protocole de dépistage et de gestion du délirium sur les unités de soins

Projet modulé

DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA) AUX URGENCES

↓ 17 %

de la clientèle vulnérable de **75 ans et plus** dans nos urgences

Mise en place de 5 initiatives

Avancement 40 %

1. Commande d'équipements adaptés (fauteuils, marchettes, etc.) et poursuite du plan d'acquisition sur trois ans
2. Ordonnance pharmaceutique pour la clientèle gériatrique ou vulnérable

Avancement 60 %

3. Outil d'évaluation des interventions préventives du déconditionnement pour les urgences et unités de soins
4. Dans chaque urgence, implanter et consolider deux interventions préventives du déconditionnement (soulagement de la douleur, mobilisation active, respect du sommeil, etc.)
5. Diffusion du rehaussement de l'offre de services en ergothérapie et physiothérapie aux urgences

Projet délesté

DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE DANS LES UNITÉS DE SOINS ADULTE

% Pourcentage de réalisation du projet

↓ Diminution ↑ Augmentation

2 Meilleures pratiques au quotidien



2.4 Moderniser et adopter un cadre de gestion et d'exploitation des données

Projet modulé

**MODERNISER ET ADOPTER
UN CADRE DE GESTION
ET D'EXPLOITATION
DES DONNÉES**
au 31 mars 2022

Mai 2020 :

100%

Mise en place d'un comité de gouvernance et d'exploitation des données

En cours :

50%

Finalisation de la preuve de concept de «lac de données» en partenariat avec l'Université Laval et le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval

100%

Nomination d'un cogestionnaire du lac de données et de la valorisation des données

90%

Finalisation de l'entente CHU de Québec-Université Laval



 Pourcentage de réalisation du projet

2

Meilleures pratiques au quotidien



2.5 Appliquer les pratiques de pointe dans la gestion du portefeuille de projets du plan annuel afin de réaliser nos projets prioritaires tels que planifiés

Projet modulé

IMPLANTER UN CADRE DE GESTION DU PORTEFEUILLE DU PLAN ANNUEL



Mai 2020

Amélioration de la cohérence entre le système de gestion et les pratiques de gestion de projet par le rehaussement de l'équipe de Planification, expertise de projet et amélioration continue

Développement de l'outil de gestion de projets *Brightwork*

- Recensement, visualisation et suivi de l'ensemble des projets en cours
- Plan bi-annuel 2020-2022 pour suivre le portefeuille de projets du plan annuel



Août 2020

Évaluation des efforts concernant les projets prioritaires :

- compréhension de la capacité organisationnelle
- vision des collaborations requises
- évaluation des efforts à investir



Octobre 2020

Modulation et délestage de projets guidés par l'évaluation des efforts amorcée en août



Février et mars 2021

Forums sur les pratiques de gestion de projets et gestion de portefeuille de projets

2 Meilleures pratiques au quotidien



2.6 Soutenir et outiller nos gestionnaires médecins-dentistes-pharmaciens (MDP) pour optimiser le potentiel de la cogestion clinico-administrative

Projets délestés

CRÉATION DES GUIDES ET DES PROCESSUS D'ACCUEIL ET D'INTÉGRATION

100 %

MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE FORMATION pour les chefs de département et de services cliniques (médecins, dentistes et pharmaciens)

100 %

PLAN D'ACTION PLURIANNUEL

50 %

Adopté par le comité consultatif à la Direction générale (CCDG) et le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)



%
% Pourcentage de réalisation du projet

3 Santé et mieux-être au travail



3.1 Améliorer ensemble nos conditions au travail, au bénéfice de nos patients (accent sur le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires)

Projet maintenu

POURSUITE DE LA DÉMARCHE



En mode **Solutions**

315 idées

provenant des infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et inhalothérapeutes

Initiatives concrètes et innovantes mises en place

Ex. :

100 %

Formations RCR rémunérés

100 %

Achat de petits équipements de soins (investissement de 2 M\$)

Projets modulés

Même si plusieurs projets de la priorité 3.1 ont été modulés, les initiatives suivantes se sont poursuivies :

TRANSFORMATION DES HORAIRES DE TRAVAIL DU PERSONNEL INFIRMIER

40 %

Poursuite de la démarche

Rencontres avec les ambassadeurs et chefs d'unité des cinq hôpitaux du CHU

Pourcentage de réalisation du projet

3 Santé et mieux-être au travail



3.1 Améliorer ensemble nos conditions au travail, au bénéfice de nos patients (accent sur le personnel infirmier et les préposés aux bénéficiaires)

Projets modulés (suite)

INITIATIVES DE RECONNAISSANCE (issues de la démarche *En mode solutions*)

100 %

Partenariats avec des centres de la petite enfance situés près de ses hôpitaux : priorité aux employés du CHU lors de l'attribution des places sur la liste d'attente

100 %

T-shirts aux couleurs du CHU offerts à l'ensemble du personnel

ACCUEIL, INTÉGRATION ET GESTION DE CARRIÈRE

100 %

Création du Réseau d'accueil des collègues



Réseau d'accueil des collègues

155 volontaires : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et inhalothérapeutes

Accueil et soutien des nouveaux collègues en collaboration avec les chefs d'unité

CHARGE DE TRAVAIL ET ORGANISATION DU TRAVAIL

100 %

Adoption de deux règles de soins infirmiers pour permettre aux infirmières auxiliaires de prendre des prescriptions verbales et de procéder à la révision du dossier

100 %

Création d'un aide-mémoire pour guider les soignants

75 %

Élaboration d'un outil d'appropriation

50 %

Poursuite des travaux pour la clarification et la mise à niveau du rôle d'assistant technique de soins de santé (ATSS)

%

% Pourcentage de réalisation du projet

3 Santé et mieux-être au travail



3.2 Améliorer la santé globale de nos employés et de nos médecins

Projets délestés

**IMPLANTATION DE LA NORME ET CERTIFICATION
« ENTREPRISE EN SANTÉ »**

**CRÉATION D'UNE « TRAJECTOIRE EMPLOYÉ » :
MAINTIEN ET RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL**

**ÉLABORATION DES GABARITS DE PLAN D'ACTION
EN SANTÉ GLOBALE PAR DIRECTION**

**IMPLANTATION DES ACTIONS DU PLAN D'ACTION
« NATIONAL » ORGANISATIONNEL EN SANTÉ
GLOBALE 2019-2021**

3 Santé et mieux-être au travail



3.3 Améliorer l'expérience de gestion et développer le leadership par la mise en place du modèle LEADS et la consolidation du système de gestion

Projet modulé

Mise en place de la stratégie d'appropriation du

MODÈLE DE LEADERSHIP LEADS

60 %



LEADS

Modèle de leadership

Formation de
28 ambassadeurs
organisationnels



Lancement officiel
du modèle de leadership

100 %

100 %

Création d'une
page dans l'intranet **LeSpot**



Ateliers d'appropriation
du modèle LEADS auprès d'environ
80 % des gestionnaires

- Arrimage avec le **programme de formation pour les chefs** de départements et de services cliniques
- Ajustement des **formations offertes** dans le *Parcours de développement du leadership*
- Ajustement de l'**Atelier 90** pour les **nouveaux gestionnaires**
- Ajustement des **ateliers de développement collectif** – Groupes de coressourcement et cercles de coaching



Pourcentage de réalisation du projet

NCH

4

Façonner le CHU de demain



Nouveau complexe hospitalier (NCH)



24 mars
Fermeture des chantiers



11 mai
Réouverture des chantiers



Juin
RAR CE, BG et CIC (secteur radio-oncologie)



8 septembre
RAR de la PCL



28 septembre
RAR des niveaux 0 et 1000 du CIC



Octobre
Création de la direction générale adjointe



7 décembre
Ouverture de la première phase du stationnement sous-terrain



15 décembre
RAR Hôtellerie – secteur Fondation Québécoise du Cancer



Mars
Création de la Direction transformation et transition

Avril 2020

Avril 2021

RAR : Réception avec réserve

4 Façonner le CHU de demain



4.1 Obtenir du MSSS les autorisations nécessaires pour notre demande de changements significatifs pour la mise à jour du projet du NCH

Projet maintenu

Recevoir la réponse du MSSS pour la **DEMANDE DE CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS** pour la mise à jour du projet NCH

- Le CHU et la Société québécoise des infrastructures (SQI) ont fourni les intrants au MSSS pour la rédaction finale du mémoire à des fins de dépôt au Secrétariat du Conseil du Trésor et pour approbation du Conseil des ministres.



4 Façonner le CHU de demain



4.2 Déployer et réaliser le processus de dénombrement des équipements existants dans l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et l'Hôtel-Dieu de Québec

Projet modulé

Déployer et réaliser le
**PROCESSUS DE DÉNOMBREMENT
 DES ÉQUIPEMENTS EXISTANTS**
 (équipements médicaux et non
 médicaux, mobilier)
HEJ et L'HDQ

Plus de **50 intervenants** mobilisés

Terminé dans plus de **20 secteurs**

14 830 équipements médicaux
 et non médicaux dénombrés

Les équipements, la pierre angulaire du projet NCH

Dénombrement | Acquisition | Livraison | Installation | Mise en service

2020

- **Fermeture des frontières** : plusieurs équipements, installateurs et formateurs proviennent de l'extérieur du pays; le CHU obtient des dérogations de la Santé publique du Québec
- Accompagnement stratégique et coordination de la **trajectoire des équipements** par un consultant externe jusqu'à l'arrivée en poste d'un coordonnateur aux équipements

2021

- Planification stratégique et coordination du **processus des équipements** (dénombrement, acquisition, livraison, installation et mise en service)
- Mise en place d'un **plan comptable**
- **Création du poste de coordonnateur aux équipements**

NCH

4 Façonner le CHU de demain



4.3 Mettre en œuvre la structure de suivi des projets de transformation pour le bâtiment des soins critiques, le Centre de recherche du NCH ainsi que l'aile D de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

Projets maintenus

La transformation, c'est :

- réaliser les nouveaux modes de fonctionnement
- harmoniser les pratiques, les protocoles et les procédures, le matériel et les fournitures, les ordonnances, les formulaires, etc.
- implanter de nouvelles technologies et façons de faire

AVANCEMENT DE LA PRIORITÉ ANNUELLE PAR COMPOSANTE

95 %

CENTRE DE RECHERCHE (CR)

0 %

BÂTIMENT DES SOINS CRITIQUES (SC) ET AILE D (DINO)

Début : été 2021

100 %

NOMINATION DIRECTION
TRANSFORMATION ET TRANSITION



Pourcentage de réalisation du projet

4 Façonner le CHU de demain



4.4 Planifier et réaliser la transition pour la plateforme clinico-logistique, le Centre intégré de cancérologie et le Centre de recherche du NCH

Projets maintenus

La transition représente l'ensemble des étapes menant à la mise en service des nouvelles installations. Ce volet comprend les étapes de planification et d'exécution de l'activation, des formations, des livraisons, des installations et des mises en service d'équipements et de mobilier, de la gestion des déficiences du bâtiment, des déménagements des patients ainsi que des employés.

PLATEFORME CLINICO-LOGISTIQUE

Transition

95 %



CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE

Transition

50 %



CENTRE DE RECHERCHE

Transition

Début : été 2021

0 %



%

Pourcentage de réalisation du projet

4 Façonner le CHU de demain



4.5 Établir un plan stratégique pour vitaliser notre mission d'enseignement

Projet maintenu

50 %

PREMIÈRE PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT

occasion unique de concertation avec les partenaires internes et externes

occasion d'établir la vision transversale de l'enseignement

OBJECTIFS : faire du CHU une organisation...

- apprenante, dynamique, capable de produire et d'appliquer rapidement de nouvelles connaissances de niveau international;
- attirante et accueillante pour les étudiants et stagiaires qui sont nos collègues de demain;
- dont le volet enseignement se fait en complémentarité avec les volets de soins et de recherche de notre mission.

ÉCHÉANCIER :

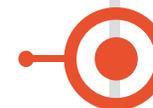
**Janvier 2020
à décembre 2021**
Analyse et structuration



**Septembre 2021
à février 2022**
Consultation des partenaires



**Juin 2021
à mars 2022**
Rédaction et dépôt final



 Pourcentage de réalisation du projet

4 Façonner le CHU de demain



4.6 Mettre en œuvre le plan de consolidation des activités de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) en réalisant, d'ici au 31 mars 2022

Projets délestés

**IMPLANTATION D'UNE UNITÉ POST-AIGÛE SUITE
AUX CHIRURGIES DE LA HANCHE**

**INITIATIVE AMBULATOIRE POUR LE SUIVI
DU COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION
GÉNÉRALE – HSS**

REGROUPEMENT DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

**PLAN FONCTIONNEL ET TECHNIQUE (PFT)
DE L'URGENCE – HSS**

4 Façonner le CHU de demain



4.7 Concevoir le plan clinique, fonctionnel et technique de la pédiatrie du CHUL, en priorisant le volet ambulatoire

4.8 Réaliser un programme fonctionnel et technique en santé mentale et une analyse d'impact pour l'Hôpital Saint-François d'Assise

Projet modulé

10%

Produire un
**PLAN CLINIQUE PÉDIATRIQUE
VOLET AMBULATOIRE**
et concevoir une solution immobilière

Projet modulé

**RÉDACTION DU PLAN FONCTIONNEL ET
TECHNIQUE (PFT) EN SANTÉ MENTALE
(urgence psychologique)**

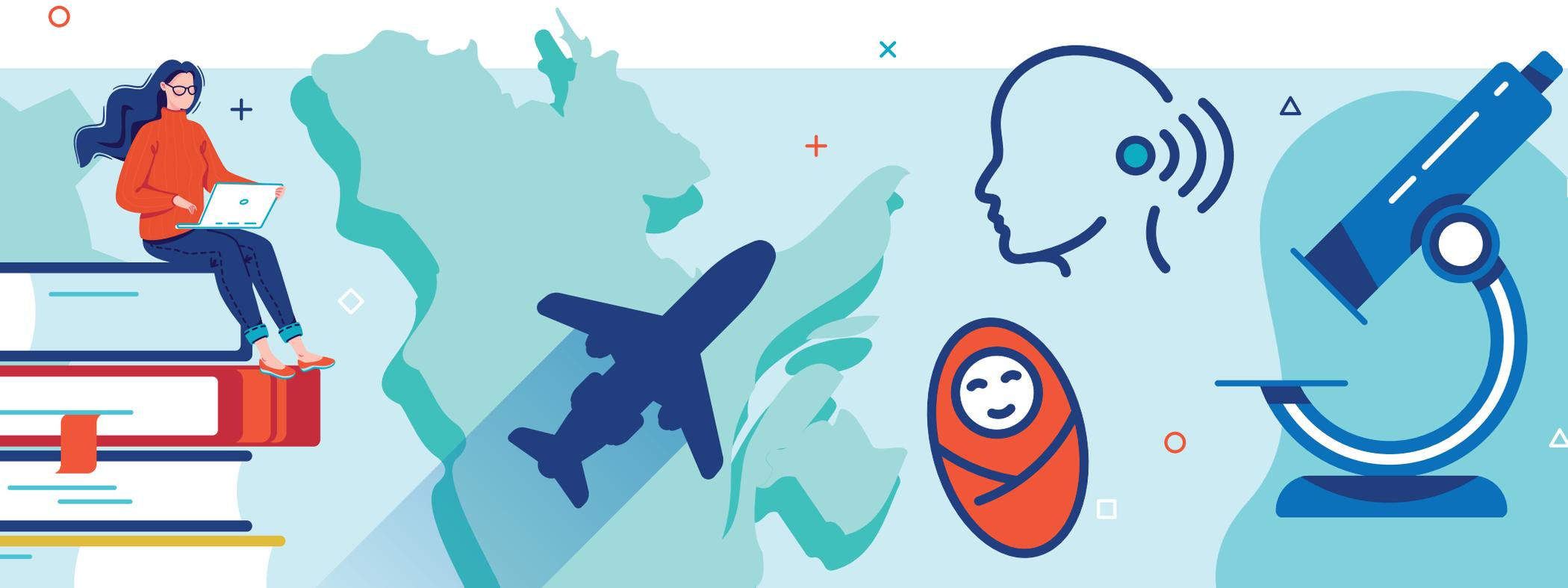
20%

En cours de préparation
Fin prévue automne 2021

Agrandissement permettant l'ajout de l'urgence psychiatrique à l'Hôpital Saint-François d'Assise

 Pourcentage de réalisation du projet

Nos missions universitaires, régionales, suprarégionales et provinciales



L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval

190 811
jours de stage

163 189
niveau universitaire

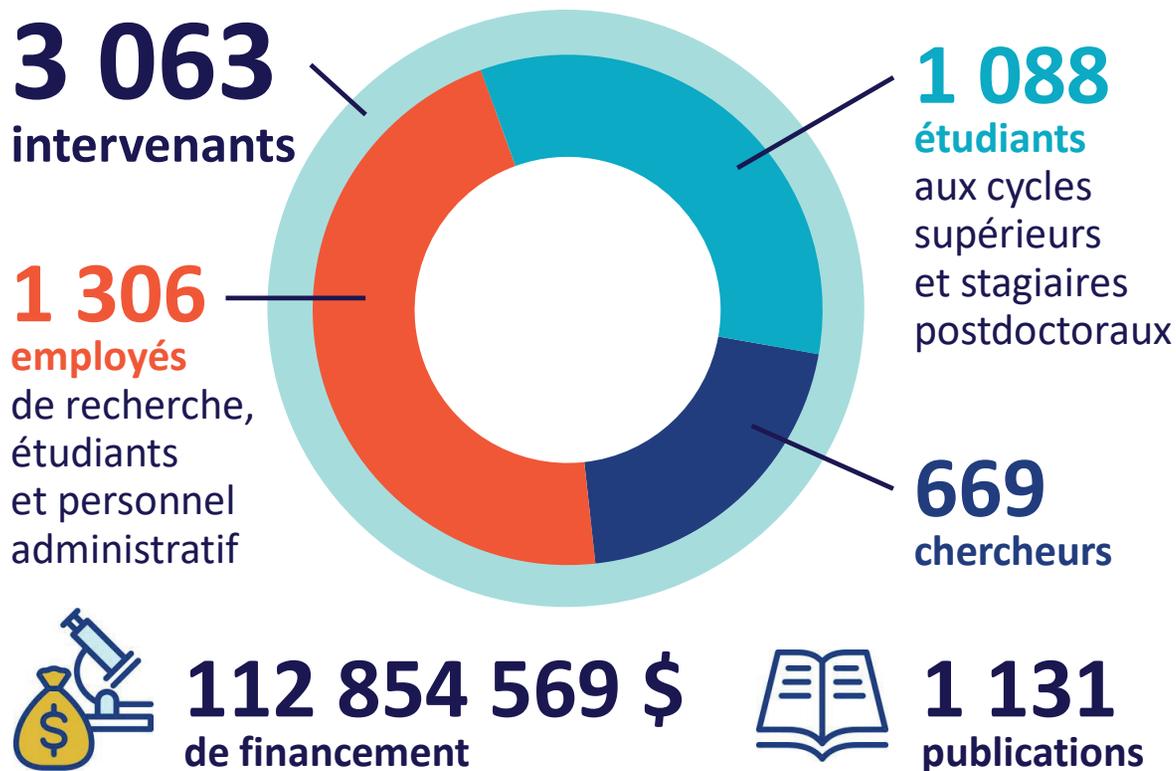
4 235
niveau secondaire

23 387
niveau collégial

Équivalent
à environ
800 étudiants
à temps plein
chaque jour



La recherche au CHU de Québec–Université Laval



Les données présentées sont décalées d'une année : comme l'année financière 2020-2021 se terminait le 31 mars 2021 et que les fonds de recherche sont administrés à l'Université Laval ou au CHU, une conciliation est nécessaire. Celle-ci s'effectue au cours du printemps suivant la fin de l'année financière.

- Mars 2020 : ouverture du laboratoire de niveau de confinement 3 de type respiratoire, le seul à Québec et l'un des rares dans la province, grâce aux efforts continus du D^r Guy Boivin et de Mariana Baz, qui permet à plusieurs de poursuivre des travaux innovants sur la COVID-19
- le CRCHU a été un modèle mondial pour le maintien des activités de recherche durant la crise sanitaire
- Plus de 100 projets de recherche en lien avec la COVID-19

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

19
publications

9

évaluations

pour soutenir la prise de décision par des équipes du CHU et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN)



10
prises de position

à la demande de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du Sous-comité COVID-19 des blocs opératoires du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale

50 intervenants spirituels répartis sur
34 sites

1 mission régionale : usagers du CHU, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

19 993 interventions

en soins spirituels auprès d'usagers



2020-2021

- Première phase du mandat de révision des orientations ministérielles pour l'organisation des services de soins spirituels complété à plus de **80 %**
- Revue *Spiritualitésanté* maintenant en format numérique et disponible sur le Web www.spiritualitesante.ca **100 %**
- Production de capsules de méditation de type « pleine conscience » pour l'ensemble du personnel du CHU **100 %**
- Élaboration de la Politique sur la neutralité religieuse du CHU **100 %**

 % Pourcentage de réalisation du projet

Épithésie – Service de prothèses faciales

2020-2021

En raison de la pandémie, ce sont **37 patients** provenant de toutes les régions du Québec qui ont été « restaurés », soit une diminution de **50 %**.

Réalisations du Centre d'excellence en épithésie depuis l'an 2000 :



Plus de **158 patients**
provenant de toutes les
régions du Québec



3 innovations
technologiques majeures



1 000 épithèses
personnalisées produites



400 cliniques
transdisciplinaires
d'évaluation de cas



4,7 M\$
en subventions
de recherche appliquée



1^{er} colloque
international canadien
en épithésie réunissant



7 colloques réunissant
600 professionnels
de la santé

20 pays

Une programmation unique

L'épithésie est un service complémentaire à la chirurgie et à l'oncologie pour toute personne souffrant de malformation faciale. Les épithèses couvrent et protègent une cavité et s'intègrent réalistement dans les traits du visage.

Le CHU est le seul centre hospitalier à offrir des services d'épithésie au Québec.

Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC)

2020-2021



Réalisation de **87 %** des **195** chirurgies prévues (58 enfants et 112 adultes)



158 rehaussements technologiques réalisés à l'échelle provinciale



Production d'une **vidéo avec narration gestuelle** pour aider les usagers à se préparer au rehaussement technologique de leur appareil



Enseignement : un **4^e médecin « fellow »** en otologie et implant auditif a terminé sa formation.

En collaboration avec l'Université Laval, le CQEIC est le seul centre au Québec à offrir ce programme.

Sondage sur l'expérience patient réalisé par le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariats (BEEPP)

Satisfaction globale à l'égard des soins **9,3/10**

80 % des répondants perçoivent l'activation précoce comme un « facilitateur d'adaptation »

96 % des répondants considèrent avantageux que l'ORL et l'audiologiste soient dans un même centre hospitalier pour les contrôles de programmation

Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)



2019-2020*



82 417 dépistages

98 % des nouveau-nés du territoire québécois



Plus de **90 %** des prélèvements effectués à **moins de 48 heures de vie**



360 nouveau-nés à risque d'une condition sévère et référés à un centre pédiatrique spécialisé

133 nouveau-nés atteints d'une maladie sévère pour lesquels un traitement a été instauré rapidement

Conditions de naissances dépistées

- 8 erreurs innées du métabolisme (tels que la phénylcétonurie et la tyrosinémie type I)
- Hypothyroïdie congénitale
- Syndromes drépanocytaires majeurs (tel que l'anémie falciforme)
- Fibrose kystique du pancréas

Le PQDNS vise à identifier rapidement les nouveau-nés à risque de conditions rares, mais très sévères afin de débiter rapidement un traitement avant l'apparition de conséquences souvent graves et pouvant être permanente, voire causer un décès.

Depuis 1969, le CHU est l'unique fiduciaire du PQDNS mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

**Dernière année pour laquelle nous avons les données complètes*

Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) et test génomique prénatal non invasif (TGPNI)

Le PQDP permet aux femmes enceintes qui le désirent de connaître leur risque de porter un fœtus ayant une trisomie 21, une trisomie 18 ou une trisomie 13.

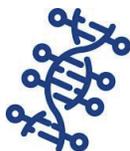
2020-2021



3,5 jours : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission d'un rapport



environ **50 000 femmes enceintes** se sont prévalu de l'offre de dépistage prénatal



2,7 % des cas ont montré un risque élevé de trisomie 21 ou de trisomie 18

Projet PEGASE : un nouveau test pour diminuer le recours à l'amniocentèse afin de détecter des anomalies chromosomiques

Début de l'offre du TGPNI

Issu des travaux du projet PÉGASE dirigé par le Dr François Rousseau clinicien chercheur du Centre de recherche du CHU

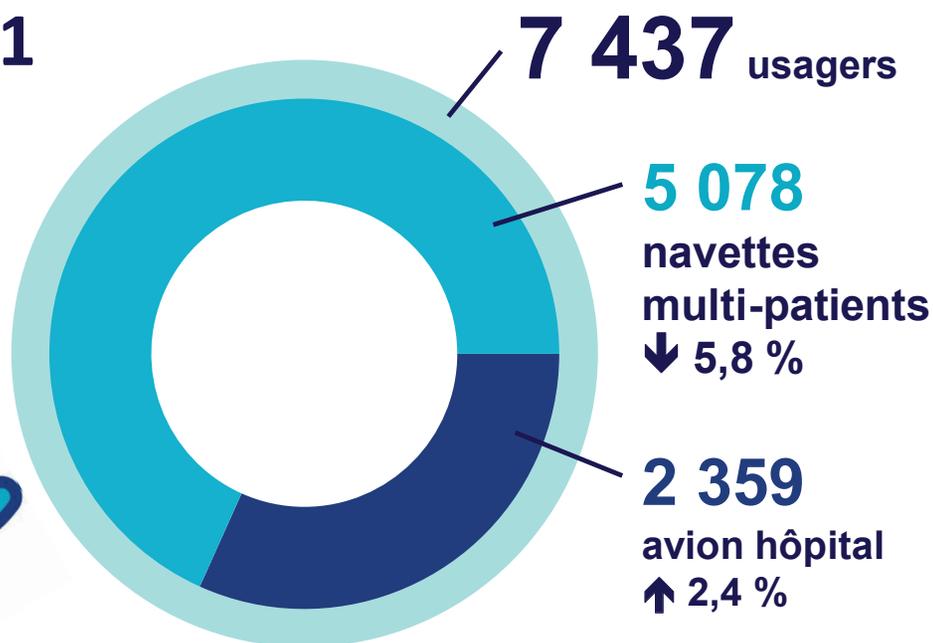
- près de **25 000 dépistages** biochimiques provenant de **70 sites** de prélèvements
- plus de **800 tests** génomiques prénataux effectués

Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)

Depuis 1981, ÉVAQ a transporté plus de 110 000 usagers des régions éloignées provenant d'un territoire de 1 667 926 km²

2020-2021

↓ **3,4 %**
du nombre
de transports
en raison de
la pandémie



92 usagers COVID-19 suspecté ou confirmé transportés dans des vols spéciaux



97,4 % des demandes d'accompagnement parental réalisées



Mise en place d'une régulation médicale dédiée **24/7** pour la coordination médicale des transferts

↓ Diminution ↑ Augmentation

Principaux projets de développement immobilier au CHU*

25 998 000 \$

Grand total

HSS

4 569 000 \$

HSFA

6 080 000 \$

CHU

5 996 000 \$

CHUL

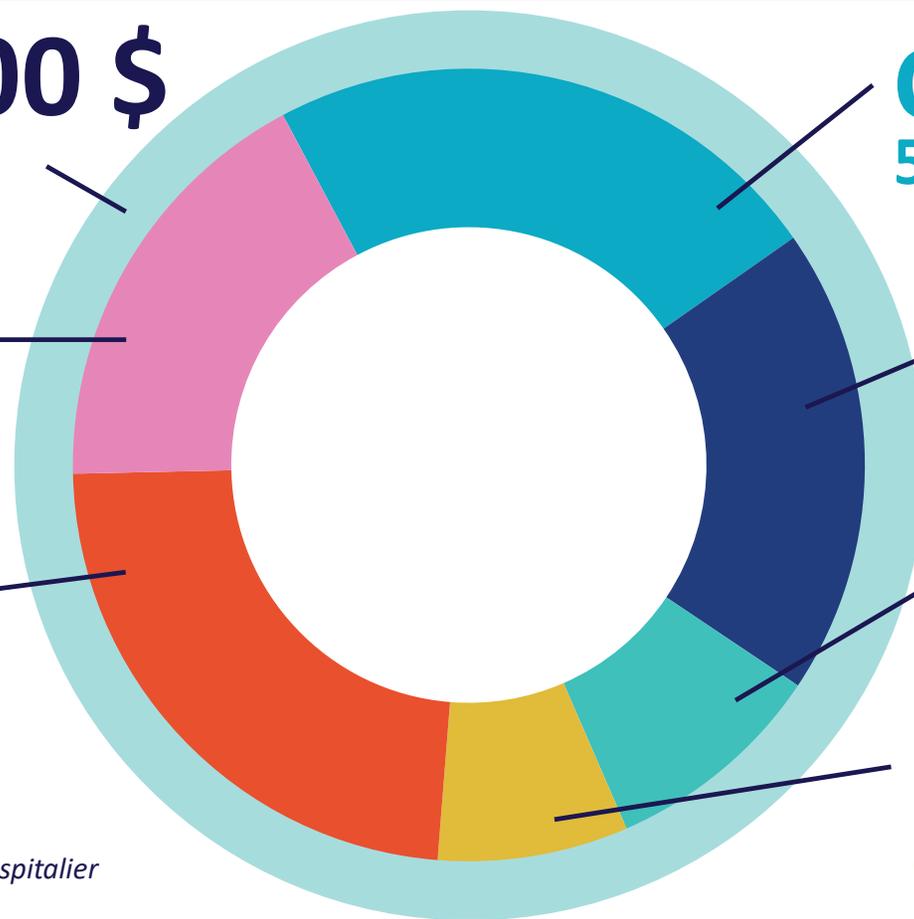
4 967 000 \$

L'HDQ

2 363 000 \$

HEJ

2 023 000 \$



* Excluant le projet de nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

COVID-19



Comparaison des impacts/vagues COVID-19

VAGUE 1 (107 jours)

- Véritable raz-de-marée
- Gouvernement a tout arrêté
- Délestage des activités ↑
- Baisse drastique du nombre de visites à l'urgence
- 34 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **71 ans**

LABORATOIRE : 64 430 tests

URGENCE :

- Positif : **272** visites
- Total : **14 588** visites
- Moyenne/jour : **2,52** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID :

- **92** usagers
- Maximum/jour : **7** nouveaux usagers

VAGUE 2 (180 jours)

- Modulation des activités ↓
- Poursuite de la mission malgré une hausse marquée des hospitalisations
- Équipe multi d'intervention
 - Rétablit la situation
 - Formation
- 43 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **72 ans**

LABORATOIRE : 468 472 tests

URGENCE :

- Positif : **2 133** visites
- Total : **47 377** visites
- Moyenne/jour : **11,78** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID :

- **917** usagers
- Maximum/jour : **19** nouveaux usagers

VAGUE 3 (59 jours)

- Mode de gestion des activités « juste à temps »
- Protège l'accès aux soins le plus possible
- Hausse de 53 % de taux de positivité COVID-19 par rapport à la vague 2
- 26 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **56 ans**

LABORATOIRE : 217 054 tests

URGENCE :

- Positif : **1 180** visites
- Total : **18 090** visites
- Moyenne/jour : **20,34** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID :

- **320** usagers
- Maximum/jour : **15** nouveaux usagers

↓ Diminution ↑ Augmentation

Aperçu des activités COVID-19 – 2020-2021



309 comités tactiques
et **87** comités stratégiques



Mise en place d'une **tour de contrôle**



96 communiqués internes
et **88** visioconférences
à l'intention des cadres



9 campagnes thématiques
d'informations internes dont
2 grandes campagnes de
reconnaissance



31 339 appels reçus et traités
par la **ligne info-santé** des
travailleurs COVID-19 du CHU

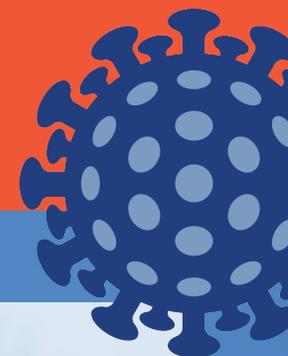
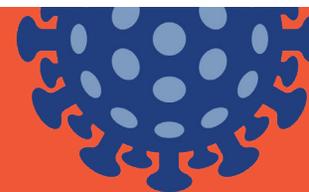


25 rencontres du PDG
avec le personnel



66 communiqués
34 au conseil d'administration du CHU
et 32 aux députés de la région

Le CHU en mode pandémie



Une année difficile

- Beaucoup de transformations
- Pression énorme sur les intervenants
- Délestage des activités
- Risques pour la santé de notre personnel

De grand accomplissements

- Grande solidarité interne
- Grande collaboration avec nos partenaires
- Grande avancée en télémédecine
- Approche transdisciplinaire extraordinaire

Les résultats au regard du plan stratégique du Ministère de la santé et des services sociaux

Orientation : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	147,0	118,0	132 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	15,79	15,91	15 heures
Commentaires			
<p>Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire</p> <p>Nous constatons une diminution de 19,7 % de notre délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour l'année 2020-2021 par rapport à l'année précédente pour la clientèle ambulatoire. Cette amélioration nous permet d'atteindre et de dépasser la cible ministérielle.</p> <p>Il faut considérer que dans l'année 2020-2021, l'achalandage pour le volet ambulatoire a été de 15,3 % inférieure à celui de 2019-2020 pour l'ensemble des urgences du CHU. Cette situation a été la même partout au Québec et la réduction dans nos urgences a été moins sévère que la moyenne provinciale. En effet, en observant les récentes données publiées par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), on constate que cette diminution est inférieure, en comparaison avec la situation des urgences au niveau provincial issue du rapport de l'INESSS, intitulé <i>COVID-19 : regard sur la fréquentation dans les urgences au Québec, avril 2021</i>. On y rapporte une baisse de 28 % de l'ensemble des visites dans les urgences du Québec entre le 1^{er} mars 2020 et le 28 février 2021, en comparaison avec la même période l'année précédente.</p> <p>La prise en charge médicale plus rapide peut être reliée à la diminution de l'achalandage en contexte pandémique et lors des périodes de confinement. De plus, les améliorations notables sur le taux de réorientation vers la bonne ressource, qui est passé de 1,4 % en 2019 -2020 à 6,2 % en 2020 -2021, contribuent à abaisser le délai de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle en ambulatoire. Ces éléments ont assurément contribué à l'amélioration importante du délai moyen de prise en charge.</p> <p>Les travaux se poursuivent concernant l'augmentation visée de la réorientation de la clientèle avec niveau des priorités P4 et P5 au triage et permettront de maintenir et poursuivre l'amélioration de ce délai dans un contexte de retour à la normale de l'achalandage. Plusieurs travaux sont également en cours avec nos partenaires régionaux sur l'amélioration des modalités en amont et en aval des urgences au sein du Plan d'action sur l'efficacité opérationnelle et la réduction du désencombrement.</p>			
<p>Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière</p> <p>Malgré une diminution du nombre total de visites sur civière aux urgences d'environ 20,8 % en 2020-2021 par rapport au volume de l'année antérieure, nous constatons une légère augmentation de la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière, (inférieure à 1 %) qui demeure un peu supérieure à la cible du plan stratégique du MSSS.</p> <p>Parmi les facteurs explicatifs, notons les grands défis d'accès aux lits d'hospitalisation rencontrés dans le contexte exceptionnel de la pandémie (ex. : protection de lits par manque de ressources, unités dédiées COVID, éclosions limitant les admissions sur certaines unités et les taux de patients ayant terminé leur épisode de soins actifs (NSA) élevés). Ces éléments contribuent tous à prolonger le séjour moyen sur civière en limitant la fluidité de l'épisode de soins.</p> <p>Les travaux de révision des critères d'orientation sur civières (COP) sont également à prévoir et ils auront un impact sur le taux d'occupation des civières dans nos urgences.</p>			

En conclusion, mentionnons que le CHU a reçu en mars dernier la visite de l'équipe « STAT » du MSSS dans les urgences de l'HEJ et de l'HSFA afin de cibler des pistes d'amélioration. Les recommandations émises suivant la visite sont des leviers intégrés au Plan d'efficacité opérationnelle des urgences. Elles sont travaillées régionalement actuellement par la Direction des soins critiques, la Direction des services professionnels ainsi que les Directions collaboratrices du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Un co-leadership entre les deux établissements dans l'élaboration et l'actualisation des mesures des plans d'action est en cours afin de respecter les engagements prévus d'ici la prochaine visite de suivi dans six mois.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 156	1 747	40 000
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	96,7	97,3	85 %

Commentaires

Malgré 3 grandes vagues de délestage, une reprise d'activité ne dépassant pas 90 % de notre capacité maximale depuis le 16 mars 2020, de grands défis de main-d'œuvre spécialisée dans les blocs opératoires et plus de 3 500 patients supplémentaires en liste d'attente par rapport à l'an passé, voici les impacts sur les indicateurs concernant la chirurgie.

Pour les patients en attente depuis plus de 56 jours pour une chirurgie oncologique, nous pouvons constater une amélioration de notre indicateur qui se situe bien au-delà de la cible prévue et nous n'avons plus de patient en attente de plus de 56 jours dans nos listes.

Pour les patients en attente d'une chirurgie depuis plus de 6 mois, nous observons une augmentation du nombre de patients dans nos listes. Ce constat est un impact direct du délestage des activités chirurgicales lié à la COVID-19 et de notre incapacité à faire la reprise d'activité à notre pleine capacité. L'augmentation des cas hors délais est importante, mais notre système de priorisation et la cogestion développée avec les équipes médicales, améliorée en période de pandémie, démontrent que les efforts fournis pour opérer les bons patients au meilleur moment ont donné des résultats très positifs considérant la hausse du nombre de patient en liste d'attente.

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

L'établissement a été visité par Agrément Canada en septembre 2019 pour les phases 1 et 2 du cycle d'agrément 2018-2023. Un taux global de conformité à 96,6 % a alors été obtenu.

Cette visite a permis d'évaluer les normes de :

- gouvernance ;
- leadership ;
- gestion des médicaments ;
- retraitement des dispositifs médicaux réutilisables ;
- prévention et contrôle des infections ;
- service de périnatalité et d'obstétrique ;
- services de procréation médicalement assistée.

Dans son dernier rapport, Agrément Canada avait émis quatre recommandations portant sur le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables et une recommandation liée à la réalisation du bilan comparatif des médicaments en obstétrique : elles ont été implantées depuis la réception de ce rapport.

La prochaine visite d'agrément portant sur la phase 3 du cycle initialement prévue à l'automne 2020, puis au printemps 2021, est planifiée à la fin de l'automne 2021.

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

Dans le contexte de l'implantation du nouveau système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en remplacement de Gesrisk (gestion système d'information des risques) et des nouvelles lignes directrices liées à la déclaration prévue au 1^{er} avril 2021, des activités de promotion, d'information et de formation ont été réalisées au cours de l'année. Le plan de communication lié à SISSS prévoyait notamment un article dans *Le Chuchoteur*, des présentations aux rencontres de site et à des groupes ciblés et un suivi semestriel au comité de direction.

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

Trois principaux types d'incidents	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents N = 1 568	% par rapport à l'ensemble des événements N = 15 232
Problèmes de retraitement des dispositifs médicaux	674	43	4
Autres types d'événements	487	31	3
Problèmes de matériel	179	11	1

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

Trois principaux types d'accidents	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents N = 13 664	% par rapport à l'ensemble des événements N = 15 232
Erreurs de médicament	5 416	40	36
Chutes	3 374	25	22
Erreurs de test diagnostique / Laboratoire	1 312	10	9

Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incidents-accidents identifiés

Le comité de gestion des risques a émis une recommandation au cours de l'année 2020-2021. Elle invitait les membres du comité de continuité informationnelle à considérer la sécurité des patients lors de l'administration des médicaments comme un critère prépondérant dans les prochains choix technologiques liés au circuit du médicament.

Au cours de l'année 2020-2021, tant les événements sentinelles et situations à risque que les principaux risques retenus en raison de leur fréquence ou de leur gravité ont fait l'objet de discussions et de suivis requis. Pour ce faire, l'expertise et la collaboration des membres du comité des événements sentinelles, du groupe d'experts en prévention des chutes et approches adaptées, du comité de sécurité des soins intensifs et du comité sur la sécurité des médicaments ont été régulièrement sollicités.

Les dossiers suivants ont fait l'objet d'un suivi continu au comité de gestion des risques :

- la gestion des avis, alertes et rappels;
- la conformité et la gestion des bonbonnes de gaz;
- l'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- l'analyse approfondie des risques liée à l'acquisition d'un nouveau logiciel en obstétrique et du parc de télémétrie Dragger;
- l'implantation et l'état d'avancement du Programme québécois de soins sécuritaires;
- l'implantation de la Loi de Vanessa;
- la révision du processus de transports des usagers;
- la gestion des produits dangereux de nettoyage;
- la procédure de transmission de l'information aux points de transition;
- la pandémie;
- le NCH;
- les mesures de contrôle.

Les rapports des instances et groupes ci-dessous ont été également présentés aux membres du comité de gestion des risques :

- santé, sécurité et qualité de vie au travail;
- sécurité transfusionnelle;
- sécurité civile et physique;
- radioprotection;
- prévention et contrôle des infections;
- sécurité informationnelle;
- comité de prévention des chutes.

Les trois rapports trimestriels en matière de sécurité des soins et des services ont présenté diverses améliorations. Parmi celles-ci, notons :

- installation d'un dispositif informatique de transmission de données permettant d'éviter l'arrêt des télémétries;
- mise à jour de la configuration pour la relève des lignes téléphoniques lors de panne ou bris pour éviter l'arrêt des systèmes de communication;
- révision de la pratique d'administration intraveineuse du médicament Lévo-phed afin de sécuriser son administration;

-
- implantation d'un système de traçabilité « instrument-patient » des lames de laryngoscope facilitant l'identification lors d'un rappel ou un bris instrumental.

Finalement, le volet de gestion des risques créé pour accompagner la gestion des activités liées à la pandémie à la COVID-19 depuis février 2020 a été maintenu en 2020-2021.

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

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI) constituent une préoccupation continue du comité de gestion des risques, composé notamment de quelques membres du comité directeur PCI de l'établissement. Au cours de l'année 2020-2021, les suivis et recommandations ci-dessous ont été effectués par le comité de gestion des risques :

- les mesures préconisées pour se préparer à la pandémie à la COVID-19 et pour y faire face efficacement afin de protéger toute personne qui est soignée, qui visite ou qui travaille au sein de l'établissement;
- l'ajustement des mesures préventives et correctives avant, pendant et après les vagues de la pandémie;
- l'état de réalisation du plan d'action visant la réduction de la transmission nosocomiale des bacilles gram négatif multi résistante (BGNMR) à L'Hôtel-Dieu de Québec;
- l'évolution des taux de différentes infections et leur conformité aux cibles ministérielles;
- les mesures de conformité de pratiques exemplaires ciblées du Programme québécois de soins sécuritaires soient :
 - la prévention des bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse;
 - la prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux;
 - la prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique;
 - la prévention des infections du site opératoire;
 - la prévention des bactériémies associées aux dispositifs d'accès vasculaires périphériques courts (DAVPC);
 - l'hygiène et autres mesures des infections associées à une bactérie multirésistante.
- l'évolution du taux d'hygiène des mains avant et après un contact avec un patient;
- l'état de situation à l'unité néonatale aux prises avec des cas d'infection et de colonisation au *Bacillus cereus* ainsi que de l'état d'avancement du plan d'action concerté avec la Direction régionale de la santé publique;
- l'état de situation de la transmission des BGNMR au CHUL chez la clientèle ayant eu une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).

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

Ce rapport présente les résultats des mesures de prévalence sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se sont tenues à deux reprises sur toutes les unités de soins du CHU de Québec-Université Laval. Le taux de prévalence est le nombre d'usagers dont une mesure de contrôle a été appliquée pendant une période de 24 heures divisée par le nombre total d'usagers hospitalisés.

Le tableau suivant présente les taux de prévalence des mesures de contrôles de 2016 à 2021, par site :

Site	2020 2021		2019 2020		2018 2019		2017 2018		2016 2017	
	Nov. 2020	Fév. 2021	Nov. 2019	Fév. 2020	Nov. 2018	Fév. 2019	Nov. 2017	Fév. 2018	Nov. 2016	Fév. 2017
HEJ	8,69 %	6,69 %	5,57 %	4,99 %	5,97 %	5,74 %	6,83 %	4,50 %	8,93 %	10,03 %
HSS	1,64 %	1,80 %	0,76 %	0,78 %	2,50 %	0,81 %	3,19 %	2,40 %	3,91 %	3,00 %
CHUL	2,13 %	1,36 %	1,32 %	0,94 %	1,24 %	0,68 %	1,01 %	1,81 %	0,99 %	1,01 %
HSFA	3,61 %	3,06 %	2,51 %	0,87 %	1,24 %	3,38 %	2,16 %	2,89 %	3,29 %	2,16 %
L'HDQ	0,80 %	0,00 %	0,80 %	0,00 %	1,29 %	1,47 %	0,75 %	1,59 %	1,86 %	1,62 %
CHU de Québec-Université Laval	4,08 %	2,75 %	2,19 %	1,52 %	2,89 %	2,90 %	2,84 %	2,95 %	4,48 %	4,02 %

En novembre 2020, pour l'ensemble des sites du CHU de Québec-Université Laval et principalement à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le taux de prévalence pour l'utilisation des mesures de contrôle a subi une forte hausse. Cette tendance a été également objectivée et signifiée par le personnel. Considérant que cette mesure de prévalence a eu lieu pendant la deuxième vague de la pandémie de la COVID-19 lors d'un délestage d'activités, de l'application de plans de contingence produisant les ratios de personnel par patient et de l'ouverture d'unités COVID-19 supplémentaires, tout porte à croire que cette hausse est reliée à son contexte. Lors de ce constat, des interventions ont été immédiatement mises en place afin de rappeler les bonnes pratiques. Des communications avec les chefs des unités ciblées par cette hausse, une communication aux équipes du soutien clinique et de la formation sur l'utilisation des mesures de contrôle pour le personnel délesté sur les unités COVID-19 sont toutes des actions mises en place en novembre et décembre 2020 afin d'aider les équipes à restreindre l'utilisation des mesures de contrôle et favoriser l'utilisation des mesures de remplacement. Afin de contribuer à la

sensibilisation du personnel à limiter l'usage des mesures de contrôle, un communiqué portant sur la prévention du déconditionnement des usagers hospitalisés en contexte de pandémie a été diffusé à tous les gestionnaires, stagiaires et résidents en novembre 2020.

La situation semble vouloir se normaliser avec un taux de prévalence en baisse à 2,75 % en février 2021. Il est important de maintenir nos efforts afin de poursuivre cette tendance et d'améliorer nos pratiques. Les restrictions sanitaires ont freiné l'offre de formation OMÉGA qui vise, entre autres, la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle par des méthodes alternatives. Pour 2021-2022, l'offre de formation sera adaptée aux mesures sanitaires, mais nous poursuivrons nos efforts pour offrir de la formation et consolider les pratiques malgré le contexte de la pandémie.

Le déploiement d'un outil de dépistage des usagers à risque d'agressivité prévu initialement en 2020-2021 se poursuivra en 2021-2022. Cet outil favorise une analyse et une prise en charge précoce des comportements des usagers à risque d'agressivité, pouvant amener une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Le déploiement sur certaines unités ciblées démontre une belle efficacité dans la prévention de la violence et une amélioration de la satisfaction et de la sécurité chez les travailleurs.

Au cours de l'année 2021-2022, le formulaire de documentation informatisée pour les contentions-isolements sera déployé. Ce déploiement permettra de faciliter la saisie de données permettant une meilleure vigie dans le respect des procédures et de la qualité des interventions. À l'automne 2021, nous commencerons par un projet pilote sur une unité de soins ciblée. Grâce à cet outil, nous espérons également être en mesure de retracer plus précisément les causes qui ont mené à l'utilisation des mesures de contrôle afin d'ajuster les interventions d'amélioration des pratiques. Le suivi de cette initiative demeure sous la vigie du comité tactique interdisciplinaire sur les chutes, les mesures de contrôle et les surveillances constantes, dont le mandat consiste à proposer des initiatives d'amélioration continue permettant de rehausser la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins offerts aux usagers.

Finalement, la réactivation du comité code blanc et la création d'un comité sur la gestion de la violence amènera une démarche systématique d'analyse et à la mise en place d'actions ciblées pour certaines unités présentant un haut taux d'utilisation des mesures de contrôle.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations adressées à l'établissement

Motifs	Nombre de recommandations	Mesures mises en place
Accessibilité	0	<ul style="list-style-type: none"> Aucune
Soins et services	8	<ul style="list-style-type: none"> Modification de l'approche clinique et amélioration de la documentation au triage avant le transfert d'un usager à l'urgence psychiatrique Suivi auprès des parents vivant le deuil de leur nouveau-né, et ce, rapidement après leur départ Élaboration d'un protocole concernant les prélèvements génétiques pour les tissus fœtaux et placentaires
Aspects financiers	62	<ul style="list-style-type: none"> Révision du processus de facturation pour les usagers non-résidents Ajustement de la facture pour les usagers selon les procédures en vigueur
Organisation du milieu et ressources matérielles	9	<ul style="list-style-type: none"> Obligation de remplir un formulaire de décompte d'objets personnels lors de l'admission à l'urgence et complétion d'un formulaire de déclaration d'incident/accident Intimité offerte aux mères qui allaitent à la pouponnière de HSFA ou qui doivent tirer leur lait Mesures mises en place aux entrées principales de chaque hôpital pour désinfecter les fauteuils roulants après chaque utilisation et identification d'un endroit réservé dans chaque site aux fauteuils désinfectés
Droits particuliers	6	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le modèle d'affaires permettant le transfert d'images (échographie morphologique) aux usagers

85 recommandations sur **913** dossiers traités

65 à portée individuelle
20 à portée systémique

La majorité des recommandations ont fait l'objet d'un suivi et ont été fermées à la satisfaction du commissaire

8 recommandations en attente d'une réponse

Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement

Recommandations	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
2	Refus d'une demande d'admissibilité au programme de remboursement des pompes à insulines	<ol style="list-style-type: none"> 1. Admissibilité de l'usager au programme de remboursement des pompes à insuline. 2. Remboursement de la pompe à insuline et des autres fournitures admissibles.
2	Refus d'une infirmière de porter assistance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler à l'infirmière concernée l'importance de porter assistance à tout usager qui le lui réclame. 2. S'assurer que l'ensemble du matériel prévu dans le document « L'autocathétérisme vésical chez la femme, Guide d'accompagnement et d'enseignement » est fourni aux usagères qui doivent procéder au cathétérisme vésical.
2	Plainte reliée au remboursement de frais de chambre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remboursement à l'usager du montant qui lui avait été facturé 2. Rappel au personnel de la prévention et du contrôle des infections de ne pas aborder la question des frais de chambre lorsqu'il doit communiquer avec les usagers qui sont découverts porteurs de bactéries résistantes dont l'état nécessitera un isolement préventif.
2	Plainte reliée à la facturation à un usager non-résident d'une avance sur les frais de consultation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrêt de la pratique qui visait à demander aux usagers non-résidents de verser une avance qui totalisait un montant dépassant ce qui est prévu à la circulaire ministérielle. 2. Révision du formulaire « Tarifs des services et soins de santé pour les non-résidents canadiens » en tenant compte des règles applicables.
2	Délai d'attente pour une chirurgie à la hanche	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer que les demandes de consultation auprès du chirurgien concerné sont validées auprès des usagers après 12 mois d'attente, comme le prévoit la politique du CHU de Québec-Université Laval. 2. S'assurer que les usagers en attente pour une consultation avec le chirurgien concerné sont informés de la date prévisible d'obtention des services.
2	Lacune dans le suivi infirmier d'une plaie, de la gestion de la douleur et absence d'identification du personnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappel au personnel infirmier concerné qu'il doit administrer un médicament en respectant tous les éléments précisés dans l'ordonnance, notamment le délai entre chaque dose 2. Rappel au personnel concerné de l'importance de se présenter aux usagers et aux usagères en indiquant son nom et son titre lors de la prestation de soins ou de services
1	Perte d'argent dans un portefeuille lors d'un séjour à l'urgence	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappel fait à tous les membres du personnel de l'urgence qu'ils doivent remplir le registre des biens d'un usager ayant été mis en dépôt particulièrement lorsqu'il a été décidé de retirer ses biens personnels pour des raisons de sécurité, qu'il soit admis ou non.

Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Au cours de l'année 2020-2021, le CHU de Québec-Université Laval a reçu quatre (4) recommandations du coroner.

Deux révisions de la qualité de l'acte médical par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) à la recherche de pistes d'amélioration ont été recommandées puis réalisées.

Une recommandation adressée conjointement au CHU-CIUSSS a permis de faire la promotion du programme Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (SILAR) au personnel des urgences : à cette occasion, un guide de référence spécifique au programme SILAR a été distribué sur les trois quarts de travail.

La dernière recommandation visait la révision d'une demande d'évacuation aéromédicale. Elle a donné lieu à l'optimisation de la communication entre le médecin escorte et le pédiatre intensiviste, et de la coordination du transfert par l'implication hâtive du médecin répartiteur auprès du centre référent.

Autres recommandations adressées à l'établissement

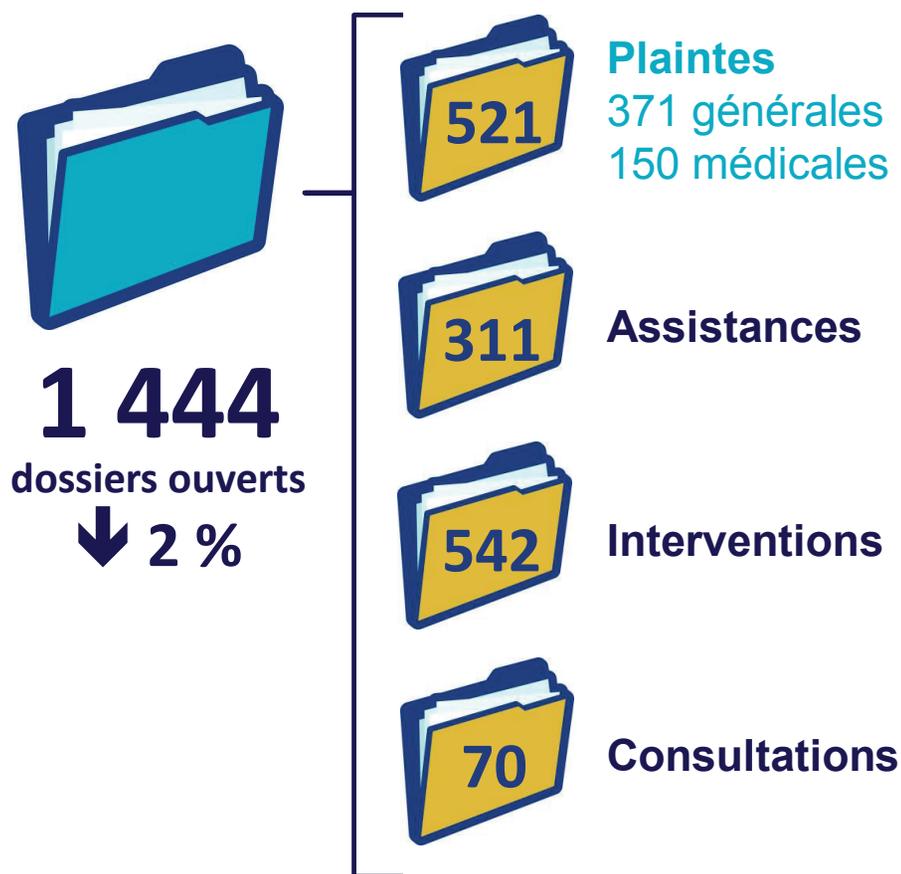
Il n'y a eu aucune autre recommandation adressée à l'établissement de la part d'autres instances au cours de la dernière année.

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

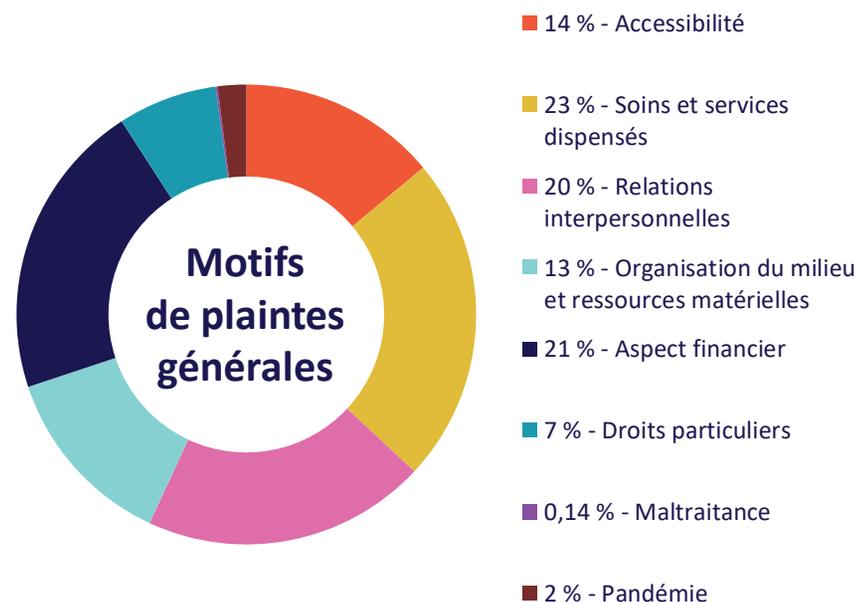
LES MISES SOUS GARDE ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2020 ET LE 31 MARS 2021						
Établissement / installation	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS	TOTAL CHU
Nombre de mises sous garde préventives	68	16	10	28	7	129
Nombre demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	s. o.	58				
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le Tribunal	21	7	()	()	()	38
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	s. o.	15				
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	()	()	()	()	14

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

L'examen des plaintes et promotion des droits



94 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.



↓ Diminution ↑ Augmentation

En ce qui concerne le pourcentage de répartition des motifs de plaintes générales, les motifs les plus fréquents concernent les soins et services (23 %), l'aspect financier (21 %), les relations interpersonnelles (20 %), l'accessibilité (14 %). Par ailleurs, 85 recommandations ont été émises par le commissaire en cours d'année. La majorité de ces recommandations a fait l'objet d'un suivi de la part des directions concernées et elles ont été fermées à la satisfaction du commissaire. À la fin de l'année financière, il reste huit recommandations pour lesquelles nous sommes en attente d'une réponse. Aussi, 51 % des motifs de plainte traités ont entraîné des mesures correctives.

Durant l'année 2020-2021, 22 dossiers ont été acheminés au Protecteur du citoyen, ce qui représente 5,9 % des plaintes.

Pour les autres formes de demandes reçues par le commissaire, on remarque une augmentation des interventions de 2 %, une augmentation des assistances de 8 % et une diminution des demandes de consultations de 29 %.

La pandémie ayant ralenti les activités de promotions menées par les commissaires, 31 activités 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.

Conclusion

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
(art. 8, Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ chapitre S-32.0001)
Exercice 2020-2021 : CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL - DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

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)	2 378
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	123
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	205
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	149
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	56
	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la demande : 11 • Ne répond pas aux critères : 20 • Décès avant l'AMM : 4 • Demande d'AMM transmise au CIUSSS : 4 • Patient transféré ou retour à domicile : 7 • Demande en cours d'évaluation : 10 	
	Évaluation de l'acte médical <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'AMM administrées évaluées : 126 • Tous les décès survenus avant l'administration de l'AMM ont été évalués. 	

* Les données peuvent évoluer, malgré que la codification soit majoritairement terminée pour cette période de temps.

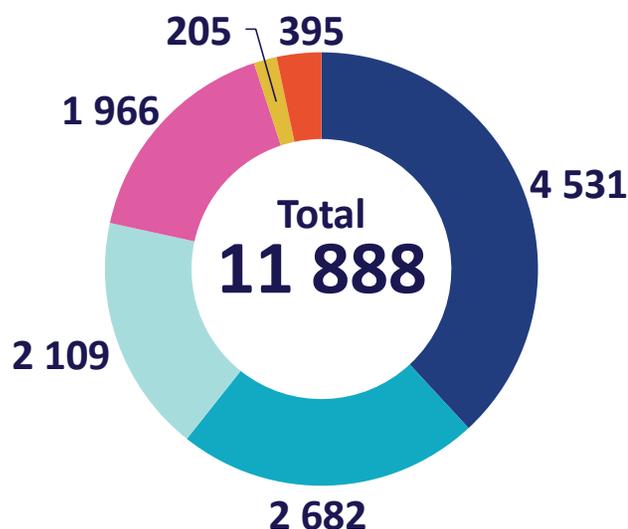
Les ressources humaines

Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel*



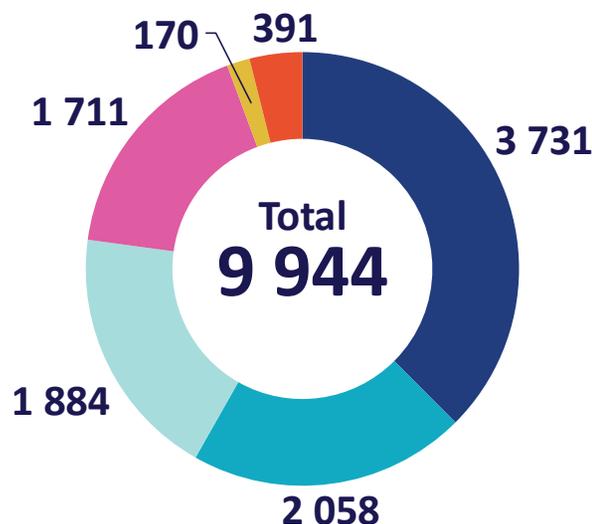
NOMBRE D'EMPLOIS

Au 31 mars 2020



NOMBRE D'ETC

2019-2020



- Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires
- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers
- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration
- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux
- Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales**
- Personnel d'encadrement

Nombre d'emplois = nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalent temps complet (ETC) = l'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

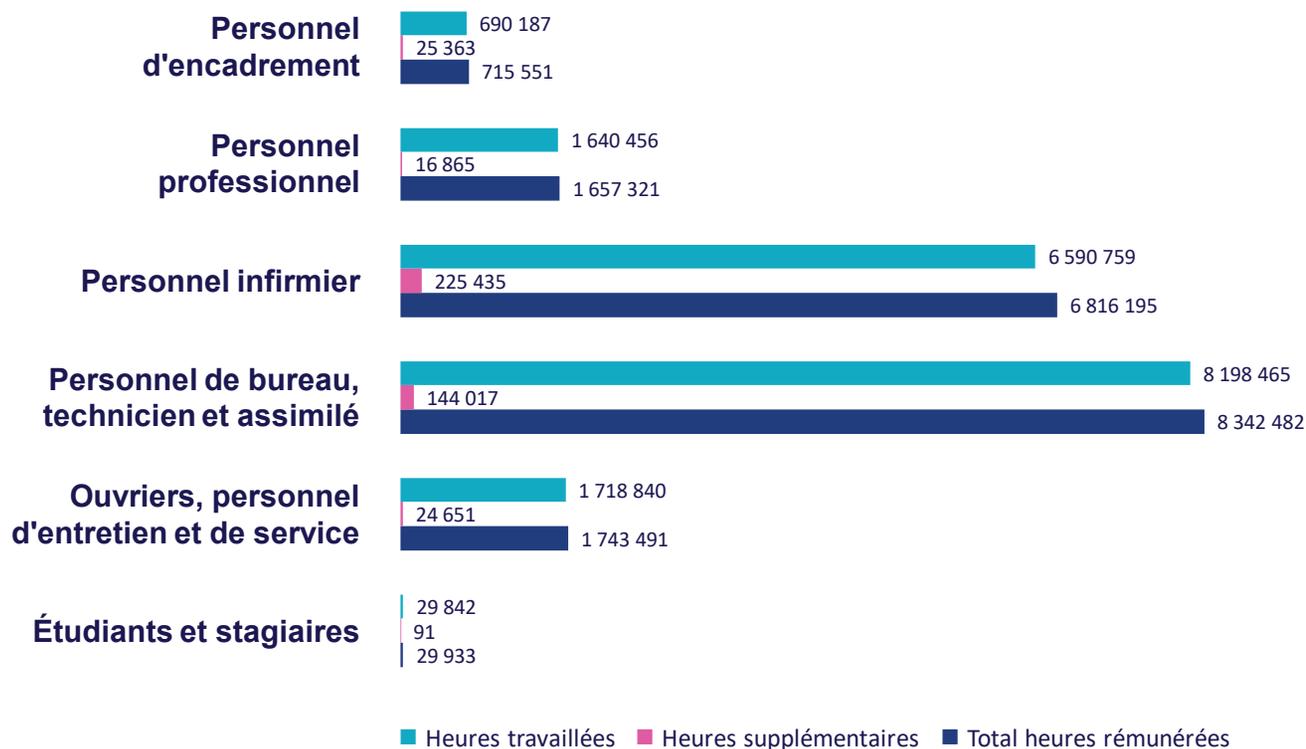
* Excluant les intervenants du centre de recherche

** Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les médecins, les sages-femmes et les étudiants.

Les ressources humaines

Heures rémunérés – 29 mars 2020 au 27 mars 2021

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT)



Total
19 304 972

Cible
19 405 256

Écart
- 0,5 %*

*** Le CHU a respecté la cible.**

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2021

		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	AUTRES	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	290	178	102	265	77	30	942	1045
	Associés	39	11	15	24	8	1	98	
	Conseils	3	0	0	2	0	0	5	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	49	20	73	29	45	9	225	274
	Associés	9	3	6	26	3	2	49	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	41	37	38	35	23	0	174	180
	Associés	3	0	0	0	2	0	5	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	4	3	0	0	0	0	7	8
	Associés	0	0	0	1	0	0	1	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	

* Certaines activités médicales du CHU, dont celles de médecine de laboratoire et de santé communautaire, s'exercent également dans d'autres établissements du réseau de la santé.

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme services



Budget 1,2 G \$

- Soins et services directs 77,81 %
- Soutien direct aux services cliniques 6,55 %
- Bâtiments et équipements 8,31 %
- Administration 7,33 %

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	4 643 093 \$	0.41 %	8 416 392 \$	0.69 %	3 773 299 \$	81 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	1 457 411 \$	0.13 %	-	- %	(1 457 411) \$	-100 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	4 018 696 \$	0.35 %	4 978 463 \$	0.41 %	959 767 \$	24 %
Déficiences physiques	38 903 \$	0.01 %	21 326 \$	0.01 %	(17 577) \$	-45 %
Santé mentale	453 160 \$	0.04 %	422 445 \$	0.03 %	(30 715) \$	-7 %
Santé physique	893 462 787 \$	78.21 %	937 372 154 \$	76.67 %	43 909 367 \$	5 %
PROGRAMMES SOUTIEN						
Administration	77 477 122 \$	6.78 %	89 593 133 \$	7.33 %	12 116 011 \$	16 %
Soutien aux services	75 648 778 \$	6.62 %	80 070 404 \$	6.55 %	4 421 626 \$	6 %
Gestion des bâtiments et des équipements	85 221 128 \$	7.45 %	101 779 934 \$	8.31 %	16 558 806 \$	19 %
TOTAL	1 142 421 078 \$	100 %	1 222 654 251 \$	100 %	80 233 173 \$	7 %

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

* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

** : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

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'informations sur les ressources financières.

Rapport de la direction

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

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

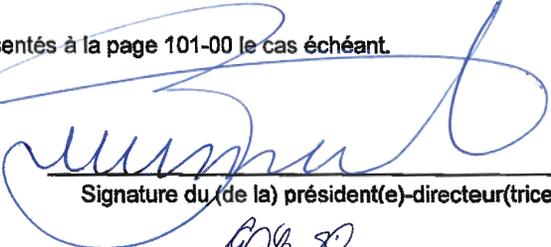
La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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

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

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour 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.

2021-06-15	Martin Beaumont	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
2021-06-15	Gaston Bédard	
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	Président du conseil d'administration	
	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.

L'équilibre budgétaire

Le CHU de Québec-Université Laval présente, pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2021, un déficit global de 16 580 013 \$, composé d'un déficit de 15 465 126 \$ du fonds d'exploitation et d'un déficit de 1 114 887 \$ du fonds d'immobilisations.

L'établissement ne s'est pas conformé, en 2020-2021, 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 ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les ressources budgétaires et financières

Les contrats de service*

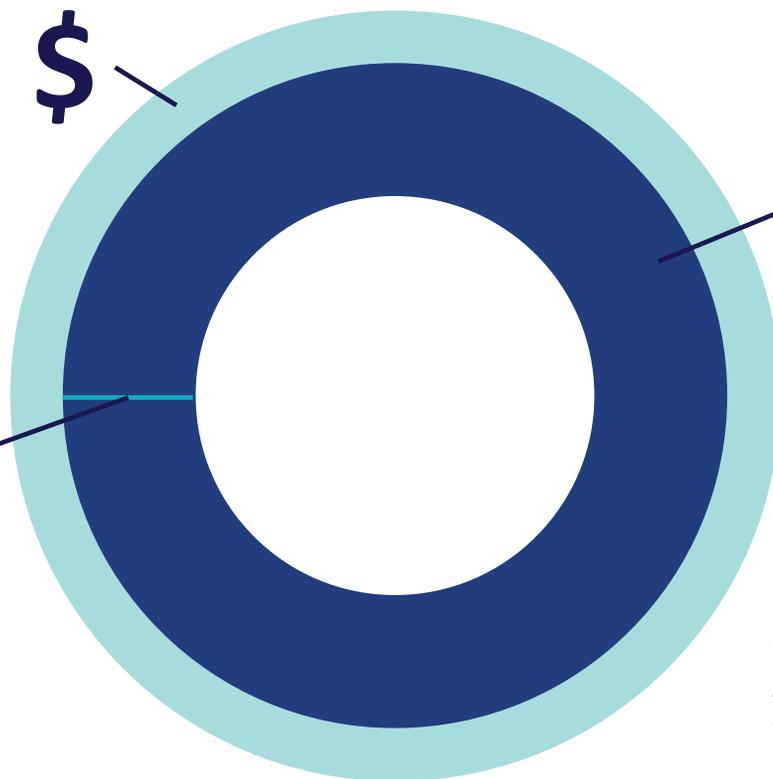
Dépense de 25 000 \$ et plus – 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

8 063 233 \$

Total des contrats de service

175 000 \$

7 contrats de service avec une personne physique¹



7 888 233 \$

16 contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique²

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.

* En respect de la Loi sur les contrats des organismes publics

Les ressources informationnelles



124 projets en cours

410 demandes d'intervention

en mode projet pour répondre aux besoins liés à la pandémie, dont celle visant à...

- **assurer la sécurité informatique face aux cyberattaques :**
 - travaux préventifs de durcissement du périmètre informatique en lien avec les menaces COVID et les nouvelles directives du Centre Opérationnel de Cyber Défense du MSSS
 - mise en place d'une solution de gestion des accès des comptes à haut privilège
 - rehaussement de l'antivirus de tous les postes de travail

22 projets terminés, dont ceux visant à...

- **limiter les risques d'erreurs, améliorer la qualité des informations recueillies, éliminer des gestes à valeur non ajoutée, accroître le niveau de sécurité :**
 - fusion du système Nosokos (logiciel pour la Prévention et contrôle des infections)
 - amélioration de la traçabilité du système en pathologie
 - développement de la nouvelle plateforme informatique pour EVAQ
 - mise à jour du pavé numérique Crescendo (Système de dictée numérique)
 - nouveau système des rapports en échographiques obstétricales
- **améliorer la performance et maintenir les activités essentielles en renforçant les infrastructures technologiques :**
 - migration des serveurs Windows 2008 et SQL 2008 vers des versions plus récentes
 - relocalisation des équipements de télécommunication, de téléphonie IP et des serveurs de HEJ
 - ajout de plus de 26 interfaces de communication entre divers systèmes
 - remplacement de huit environnements de stockage en fin de vie
 - transferts de 1 000 serveurs virtuels vers les nouvelles infrastructures
 - rehaussement des infrastructures du bureau virtuel de l'intervenant (BVI)
 - rehaussement de l'infrastructure du réseau Wi-Fi pour les usagers

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2021 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
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 \$.	2016-2017	0520 Commentaire	Depuis le 1er 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 322 649 \$ au 31/03/2020.	0600 Réglé
Une procédure devrait être mise en place pour documenter l'historique de récupération des comptes à recevoir des non-résidents sur une période de plusieurs années. Ce document permettrait de mieux juger de la suffisance de la provision pour créances douteuses comptabilisées pour ces comptes.	2019-2020	0520 Commentaire	Une évaluation historique a été produite par l'établissement et une procédure a été mise en place pour établir la provision pour créances douteuses à comptabiliser selon l'âge des comptes en souffrance.	0600 Réglé

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	5	Sans objet	
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	5	Sans objet
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		4	
<p>Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations :</p> <p>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.</p>			
▫ 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	1	S.O.
▫ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
▫ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
▫ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		2	1
▫ 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		2	S.O.
▫ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	S.O.
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations			5
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	1
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 sans objet			1
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0	S.O.	S.O.

Annexe 1 : Les comités, conseils et instances consultatives

Les comités du conseil d'administration

Le 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 C. A., de recommander au C. A. l'approbation des états financiers, de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquatement efficaces, ainsi que de formuler des avis au C. A. sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 100 %, et cinq (5) rencontres spéciales, avec un taux de participation de 88 %.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le C. A. s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au C. A. 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 ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au C. A. Il veille au respect des règles concernant la divulgation à un usager de l'information relative à un accident et les mesures de soutien mises à sa disposition. Il étudie les rapports sur l'expérience patient et la satisfaction des clientèles, puis suit l'évolution du déploiement de l'approche liée au partenariat avec les patients et les proches. Il étudie le plan d'action et le rapport annuel d'activités du comité des usagers et assure le suivi des recommandations. 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 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 100 %.

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 6 reprises durant l'année, soit les 20 avril, 1er juin, 21 septembre, 16 novembre 2020 et les 25 janvier et 8 mars 2021.

Sur le plan de la population et de l'accessibilité il a assuré, d'une part, le suivi des listes d'attente et des délais moyens et, d'autre part, du Chantier accès portant sur l'ensemble de nos activités ambulatoires. Il a également assuré un certain nombre d'activités visant à mieux connaître les clientèles desservies par l'établissement.

En ce qui a trait à la sécurité des soins et des services, il s'est assuré de la qualité des processus de gestion des risques par la prise en considération du plan de sécurité de l'établissement, des rapports trimestriels sur les incidents et accidents et de la gestion des gardes en établissements, pour ne nommer que ceux-là.

En ce qui concerne les services centrés sur les usagers, il a fait le suivi du traitement des plaintes, tant en première instance qu'en deuxième instance (Protecteur du Citoyen) et s'est préoccupé de la situation des médecins examinateurs. Le comité des usagers a régulièrement fait rapport au comité de ses réalisations en cours d'année. Le comité a par ailleurs pris connaissance de nombreux rapports d'évaluation de l'expérience-patient réalisés dans différents secteurs des cinq hôpitaux du CHU, de même que des plans d'amélioration qui y sont liés.

Au plan plus spécifique de la qualité, il a examiné les activités liées aux soins en fin de vie et à l'aide médicale à mourir. Il a continué de suivre l'évolution des processus d'agrément et de certification en cours, de même que l'insertion au tableau intégré du suivi des plans d'amélioration des recommandations qui pourraient être adressées au CHU.

Comité des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Le comité des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques a pour principales fonctions d'examiner le plan de main-d'œuvre pour toutes les catégories de personnel et de professionnel et de formuler des recommandations au C. A. De plus, il porte un regard sur les stratégies d'attraction et de rétention du personnel et s'assure que l'établissement met en œuvre les plans visant le développement des compétences du personnel. Il s'assure que des programmes et des plans d'action sont instaurés de manière à favoriser un milieu de travail sain, sécuritaire et qui tient compte de la qualité de vie au travail et de la santé des intervenants. 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 et les stratégies visant à établir une communication fluide entre les intervenants internes de l'organisation. Il effectue une vigie sur les activités d'amélioration continue et sur l'intégration des activités de gestion du changement ainsi que le soutien aux équipes dans l'actualisation des projets. Il apprécie l'état de l'environnement juridique de l'établissement. Il s'assure que l'établissement mesure l'état de la mobilisation du personnel et instaure les plans d'action requis. Enfin, il examine l'état de la gestion des ressources humaines en regard des normes d'Agrément Canada.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 92 %.

Comité des ressources technologiques, immobilières et logistiques

Le comité des ressources technologiques, immobilières et logistiques a pour principale fonction d'examiner les plans de renouvellement et d'acquisition des équipements, des ressources informationnelles, de même que le plan directeur immobilier et le plan directeur logistique. Il s'assure que la confection de ces plans ainsi que leur révision sont faites en consultation avec les divers groupes d'utilisateurs concernés. Il analyse les enjeux et suit la mise en œuvre de ces plans, l'atteinte de leurs objectifs, leurs coûts réels et leurs impacts sur la qualité des services rendus. Il partage ses préoccupations au C. A., formule des recommandations ou appuie les résolutions relativement au développement, à l'acquisition, à l'utilisation et à l'évaluation des ressources technologiques, immobilières et logistiques, ainsi qu'à toute décision du conseil reliée à ces plans. Enfin, il examine le bilan annuel portant sur la sécurité informationnelle et les enjeux en matière de cybersécurité.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 90 %.

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 C. A.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 100 %.

Comité du nouveau complexe hospitalier

Ce comité a comme principal mandat d'assurer une vigie sur l'ensemble du projet du nouveau complexe hospitalier, notamment en ce qui concerne ses trois grands volets, à savoir la programmation clinique et technique, les échéanciers et les coûts. Il formule au C. A. des recommandations ou des avis tout au cours de la réalisation du projet. Il suit le développement des différentes phases, identifie les enjeux stratégiques, les écarts entre les projections initiales et l'avancement réel du projet, et prend connaissance de tout changement dans la programmation du projet.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres, avec un taux de participation de 92 %.

Comité sur les demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges et sur l'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard d'un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Ce comité a le mandat d'évaluer les recommandations formulées par le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens à la suite de l'examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien et de proposer la mesure disciplinaire à prendre à l'égard de celui-ci. Il analyse également les avis défavorables soumis à son attention relativement aux demandes de nomination et de renouvellement du statut et des privilèges des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et émet une recommandation au C. A.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu une (1) réunion, avec un taux de participation de 100 %.

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 administrateurs, des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C. A., et un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C.A. Il doit procéder annuellement à l'évaluation du comité et à l'évaluation du fonctionnement du C. A. Enfin, il doit s'assurer que l'établissement se dote d'un cadre conceptuel en éthique qui inclut une saine gouvernance éthique tant organisationnelle, clinique que de la recherche.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, avec un taux de participation de 97 %.

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.

Le conseil des infirmières et infirmiers du CHU de Québec regroupait 3 729 infirmières œuvrant dans cinq (5) sites géographiques.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) s'est réuni à sept (7) reprises pour des réunions régulières avec un taux de participation de 86 %. Une réunion régulière a été annulée. Une assemblée générale annuelle a été tenue le 11 novembre 2020.

Principales réalisations

Avis, recommandations et appuis

- Consultation dans le cadre du Projet de règlement sur l'organisation de l'enseignement au CHU de Québec-Université Laval, mai 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-180 - Ajustement de l'insulinothérapie chez les femmes diabétiques (diabète prégestationnel et gestationnel) enceintes ou allaitantes lors du suivi à la consultation externe de périnatalité ou au centre de jour du diabète, mai 2020;
- Avis au PDG concernant le règlement du CHU de Québec-Université Laval sur l'organisation de l'enseignement, mai 2020;
- Avis au PDG et au président du conseil d'administration concernant la composition du CECII; mai 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED 920 - Initier un test diagnostique pour le virus du SARS-CoV-2 avant une chirurgie, juin 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-055 - HÉMODIALYSE - Modification de la nadroparine (Fraxiparine^{MD}) du circuit extracorporel ou modification du filtre en hémodialyse lors de diverses interventions à risque de saignement, juin 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-184 - Ajuster et assurer le suivi de l'anticoagulation du circuit extracorporel en hémodialyse avec la nadroparine (Fraxiparine^{MD}), juin 2020;
- Consultation au comité d'éthique clinique concernant un patient suspecté ou infecté à la COVID-19, non intubé, en arrêt cardio-respiratoire, nécessitant un massage cardiaque, juin 2020
- Avis au PDG sur le délai de réception des « plateaux repas retard » au CHU de Québec-Université Laval juin 2020;
- Avis au PDG sur la dénomination du site du nouveau complexe hospitalier, juin 2020;
- Avis à la présidente du CMDP sur la problématique associée à l'absence de guide de référence d'administration IV et de surveillance post-administration, juin 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-120 - Initier une anesthésie locale (Lidocaïne 2%) pré ponction artérielle radiale, août 2020;
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-066 - Initier l'installation d'un cathéter intraveineux avec ou sans perfusion NaCl 0,9 %, août 2020;
- Consultation sur le protocole PROT-PHAR-77 - Administration d'ocytocine (Syntocinon^{MD}) concentrée pour l'interruption médicale de grossesse, août 2020;
- Consultation dans le cadre de la politique sur l'utilisation des médias sociaux et sur la Politique de relations médias, septembre 2020;

-
- Adoption de la règle de soins infirmiers, 2018-RSI-007, Ordonnance verbale ou téléphonique, septembre 2020;
 - Adoption de la règle de soins infirmiers, 2018-RSI-010, Processus de révision du dossier patient, septembre 2020;
 - Consultation dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, octobre 2020;
 - Avis à la présidente du CMDP sur l’amorce des compressions thoraciques par l’infirmière lors d’un code bleu ou code bleu protection, octobre 2020;
 - Adoption de la règle de soins infirmiers, 2020-RSI-011, Insertion d’un dilatateur osmotique dans le col utérin, novembre 2020;
 - Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-183 - Initier un test cutané d’allergie (contrôle test et allergènes ciblés), novembre 2020;
 - Avis à la vice-présidente du comité de la pertinence clinique concernant la pertinence clinique en soins infirmiers, janvier 2021;
 - Avis au PDG concernant sur la Politique de reconnaissance, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance collective OC-MED-147 - Initier et ajuster l’oxygénothérapie à l’urgence pour la clientèle de 14 ans et plus, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance collective OC-MED-407 - Initier et ajuster l’oxygénothérapie à l’urgence pour la clientèle de 2 semaines et de moins de 14 ans, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-40 - Administration d’une dose d’ondansétron (Zofran) chez l’enfant avec symptômes de gastroentérite et présentant un échec à la réhydratation orale, avant prise en charge médicale, à l’urgence, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance OC-PHAR-328 - Administration de nitroglycérine sublinguale en présence d’une douleur thoracique d’origine cardiaque probable (DTCOP) à l’urgence, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance PROT-PHAR-141 - Administration d’ocytocine (Syntocinon^{MD}) pour le déclenchement ou la stimulation du travail obstétrical, février 2021;
 - Adoption de la règle de soins infirmiers, 2018-RSI-009, Double vérification indépendante des médicaments à haut risque, février 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance OC-PHAR-187 - Administrer de la Naloxone (Narcan^{MD}) et de l’oxygène lors de dépression respiratoire secondaire aux opioïdes chez l’adulte, mars 2021;
 - Consultation sur l’ordonnance OC-PHAR-188 - Administrer du Flumazénil (Anexate^{MD}) et de l’oxygène lors de dépression respiratoire secondaire aux benzodiazépines chez l’adulte dans le cadre d’une procédure sous sédation-analgésie, mars 2021;
 - Adoption du protocole infirmier PROT-INF-018 - Évaluation d’une patiente lors d’une maturation du col utérin ou de l’induction du travail avec Misoprostol (Cytotec^{MD}), mars 2021;
 - Adoption du protocole infirmier PROT-INF-022 - Évaluation d’une patiente hospitalisée en vue d’une maturation du col utérin ou d’un déclenchement médical du travail avec une sonde endocervicale ou des prostaglandines, mars 2021;
 - Consultation dans le cadre de la Politique sur la neutralité religieuse et les demandes d’accommodements pour motif religieux, mars 2021.

Implication dans l'organisation

COMITÉ	RESPONSABLE AU CECII	AUTRE PERSONNE-RESSOURCE
ACIIQ	Antissar Lemzouri Olivier Godbout	Présidente : Rinda Hartner
Comité du CIIA	Valerie Dufour Substitut : Mathieu Morisson	Présidente : Lise Boucher Membre de la DSI : Josée Guillemette
Comité PAB	Lise Boucher et Marie-Claude Guindon Substitut (CIIA) : à venir	Responsable : Marie-Claude Guindon, Michèle Gemme
Comité AGA - Colloque	Isabel Gaudreault Annia Steben-Roy (CRIIA) Julie Beaupré (CIIA)	Responsable : Vanessa Huard Soutien : Julie Maranda
Comité relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRIIA)	Marie-Claude Guindon Substitut : Martin Parent	Présidente : Annia Steben-Roy
Comité éthique clinique	Antissar Lemzouri N.B. Aucun remplaçant permis dans ce comité	D ^r Pierre-Jacques Durand
Table régionale infirmière (TRI)	Marie-Claude Guindon Olivier Godbout	Sylvie Bonneau (DSI du CIUSSS) Secrétaire : Sylvie Montreuil PDG du CIUSSS : Michel Delamarre
Comité publicitaire du CII (CHUchoteur, facebook)	Maude Trépanier Support : Karine Laroche	--
Comité Bourses de formation continue	Valérie Dufour Marie-Claude Guindon	Karine Larivière
Comité Gala reconnaissance	Valérie Dufour Marie-Claude Guindon	Karine Larivière
Comité de promotion et développement professionnel	Vanessa Huard	Responsable : Karine Laroche
Comité gestion des risques	Vanessa Huard Substitut : Martin Parent	Présidente : Michèle Ricard
ORIIQ (région 03)	Olivier Godbout Marie-Claude Guindon	Président : Rodena Sévère Secrétaire : Monica Vallée
Comité des avis du CII (2 personnes en écriture et 2 en consultation)	Martin Parent et Maude Trépanier En consultation : Julie Maranda et Valérie Dufour	--
Comité d'amélioration de la pertinence clinique	Julie Maranda Substitut : Olivier Godbout	Président : M. Daniel La Roche Secrétaire : Lucie Champagne
Comité stratégique de la PMO 4 groupes de travail :	Mathieu Morisson et Martin Parent	Présidente : Lucie Grenier Adj. adm. : Nicole Gingras
- Gestion des horaires	Mathieu Morisson	
- Accueil, intégration et développement de carrière	Isabel Gaudreault	
- Charge de travail et organisation de travail		
- Qualité de vie au travail et reconnaissance	Julie Beaupré (CIIA) Mathieu Morisson	
Comité recherche clinique	Antissar Lemzouri Olivier Godbout	Responsable : Stéphane Bolduc Adjoint : Hugo Garneau
Comité d'intégration culturelle	Isabel Gaudreault	Responsable : Isabel Gaudreault

COMITÉ	RESPONSABLE AU CECII	AUTRE PERSONNE-RESSOURCE
	Substitut : Antissar Lemzouri	Jennifer Lapointe Orfa Molano Morales
Comité WEB Intranet	Martin Parent Substitut : Marie-Claude Guindon	Responsable : Geneviève Dupuis Secrétaire : Julie Labrie
Comité interconseils professionnels CM-CMDP-CII	Olivier Godbout	Responsables : présidents des conseils
Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles du CMDP	Olivier Godbout	Présidente : Dre Régine Blackburn Secrétaire : Mme Amélie Poirier
Comité NCH - comité intégrateur clinique	Olivier Godbout	Directeur : Christine Mimeault Adj. au directeur : Nancy Laverdière
Représentation du CII par infirmières du CHU		
Tactique PCI	Jolène Provost (DSI)	Responsable : Valérie Dancause
Comité stratégique sur la continuité informationnelle	Brigitte Martel ou Isabelle Vézina (DSI)	Présidente : Lucie Grenier
Comité éthique de la recherche	Marie-France Boudreault (DSI)	Catherine Vayssier, conseillère en éthique de la recherche
Comité UÉTMIS - volet orientation et scientifique	Christine Danjou (DSI)	M. Martin Coulombe D ^r Marc Rhands

Participation à diverses activités professionnelles

Les membres du comité exécutif ont participé aux activités professionnelles suivantes :

- Présentation d'une candidature au prix Infirmière soignante 2019 de l'ORIIQ, septembre 2020;
- Assemblée générale annuelle de l'ORIIQ, septembre 2020;
- Participation aux tables des Présidents de l'ACIIQ, octobre, novembre et décembre 2020, février et mars 2021;
- Participation aux escouades de distanciation physique, automne 2020;
- Assemblée générale annuelle de l'OIIQ et forum virtuel 2020 : au cœur de l'expertise infirmière, novembre 2020;
- Présentation du règlement de régie interne du CII au C. A., novembre 2020;
- Présentation du rapport annuel du CII au C. A., novembre 2020;
- Rencontre des présidents des trois conseils professionnels (CM-CMDP-CII), février 2021;
- Dépôt d'un mémoire pour les États généraux de l'OIIQ, mars 2021;
- C. A. du CHU de Québec-Université Laval, en continu;
- Suivi des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, en continu;
- Participation aux comités de la campagne « En mode solutions », en continu;
- Rédaction d'articles dans la section « Page des soins », du Chuchoteur, en continu.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le conseil a la responsabilité envers le conseil d'administration pour toute installation exploitée par l'Établissement :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres ;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité ;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration ;
- de faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent, au 31 mars de chaque année. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.

Le conseil a la responsabilité envers le président-directeur général, et pour chaque installation exploitée par l'Établissement, de donner son avis sur les questions suivantes :

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

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu huit (8) rencontres régulières, sept (7) comités de travail et une (1) assemblée générale, avec un taux de participation de 91 %.

Principales réalisations

Prioriser l'expérience patient *Accès aux soins et services*

- Poursuivre les activités au CM du CHU et interconseil (chute à l'urgence de l'HSFA) afin de s'assurer de prévenir les chutes à l'urgence par des actions d'identification et d'intervention précoce des personnes à risque)
 - Rencontre inter-conseil et analyse des recommandations

Meilleures pratiques au quotidien

- Éviter la transmission d'infection nosocomiale tels la COVID-19 et le BGNMR
 - Intégration des membres de l'exécutif et du CM au sein des équipes de dépistage et des escouades de distanciation.
 - Exécutif réalisé par teams.
 - Promotion du lavage des mains par la transmission des résultats des audits aux membres.
- Réaliser les suivis des avis, recommandations du CECM, des comités de pairs terminés et du CMPC avec une préoccupation de qualité, de pertinence et de meilleures pratiques
- Soutenir les comités de pairs et les projets d'évaluation des pratiques;
- Soutenir et favoriser la mise en place de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée
- Optimiser les activités du conseil et interconseil relevant du C. A.

Santé et mieux-être

- Poursuivre le suivi du plan d'action suite au sondage: poursuivre orientation et mentorat (rétention des employés) : collaborer à la reconnaissance des membres et des équipes
 - Participation aux activités de reconnaissance de l'organisation (ex. : remise de chandails)
 - Organisation d'une formation (colloque écourté) lors de l'AGA d'octobre : *Le stress : ou comment chasser le mammoth sans y laisser sa peau* par Mme Marin
 - Reconduite des mentions reconnaissance du CM

Façonner le CHU de demain

- S'assurer que les projets de transformations du NCH et de l'HSS adopteront une vision "équipe interdisciplinaire" dans l'étape de transformation
 - Participation aux rencontres NCH lors d'invitation et au CCDG concernant l'orientation de l'HSS;

Priorités annuelles et projets associés du CECM

- Poursuivre les activités interconseils (CII, CMDP et CM) dont l'étude des chutes à l'urgence de l'HSFA et l'outil de congé;
- Poursuivre et évaluer la démarche d'accueil des nouveaux employés membres du CM en collaboration avec les agents de liaison;
- Optimiser la communication avec les membres via le nouvel intranet du CHU de Québec-Université Laval;
- Assurer la reconnaissance de nos membres lors de l'AGA et reconnaître leurs activités d'enseignement;
- Souligner les jours, les semaines et les mois des groupes de professionnels des membres du CM (ex. : mois de la nutrition, semaine des techniciens de laboratoires, journée des inhalothérapeutes, etc.);
- Soutenir et favoriser la mise en place de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPA);
- Assurer la qualité des soins offerts par les membres en favorisant l'adoption de pratiques qui limitent la transmission d'infections nosocomiales telles que la COVID-19 et le BGNMR;
- Poursuivre le soutien aux activités d'évaluation et de changement des pratiques et le suivi des recommandations des comités de pairs, du CECM et des avis du CECM.CECM en bref de juin 2020

Avis, recommandations et adoptions

- Avis du CM concernant le règlement du CHU de Québec-Université Laval sur l'organisation de l'enseignement, mai 2020;
- Appuis avec recommandation de la *Politique de relations médias* et de la *Politique sur l'utilisation des médias sociaux*, octobre 2020;
- Avis du conseil multidisciplinaire sur la proposition de dénomination officielle du site du nouveau complexe hospitalier, octobre 2020;
- Appui de la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, novembre 2020;
- Appui avec recommandations du CM concernant la *Procédure de présence des proches aidants* du CHU de Québec-Université Laval, décembre 2020;
- Proposition de modifications au règlement de régie interne du CM concernant entre autres la durée des mandats, adoptée par l'exécutif le 22 avril, en AGA le 27 octobre et appuyé au Conseil d'administration le 8 février 2021;
- Appui avec recommandations de la *Politique sur la neutralité religieuse et les demandes d'accommodements pour motif religieux*, mars 2021.

Activités professionnelles

- Le comité exécutif a participé aux activités professionnelles suivantes :
 - Participation à la création de la page CM dans le nouvel intranet le Spot, juin 2020;
 - Transfert de responsabilité et mentorat à la présidence, vice-présidence, juin, décembre 2020;
 - Participation à l'élaboration d'un guide d'accueil pour les nouveaux membres de l'instance régionale, juin 2020;
 - Rencontre de la présidente avec direction clientèle médecine, juillet 2020;
 - Rencontre de la présidente avec le directeur de l'axe de la recherche clinique, Dr Stéphane Bolduc. août 2020;
 - Rencontre avec la présidente du CECII et un représentant de la Fondation concernant le financement des bourses de formation, août 2020 ;
 - Réponse au sondage de l'ACMQ sur l'OCCL, août 2020 ;
 - Rencontre avec la présidente de l'APTS;
 - Participation à la consultation concernant le cadre de référence Patient-Partenaire, juin 2020 et janvier 2021;
 - Échange de la présidence avec la présidente de l'instance régionale : enjeux régionaux des CM, septembre 2020 et février 2021;
 - Diffusion des mentions reconnaissances et des boursiers TD via le CHUchoteur et le SPOT (octobre-novembre);
 - Rédaction d'un mot de la présidente en appui à la campagne de financement de la Fondation
 - Présence à l'AGA du CII (novembre);
 - Dépôt du rapport annuel au CA (novembre);
 - Ébauche d'un plan de communication CM (novembre);
 - Présentation au CA des changements au règlement de régie interne, février 2021;
 - Échange avec le président du CECII pour discussion inter conseils, février 2021;
 - Questionnaire et diner échange avec les comités interprofessionnels (CIP), le CMPC, les membres de l'exécutif et les directeurs de la DMSH et de la DSM, février 2021 ;
 - Séance de réflexion et de consultation sur la composante de la pertinence, février et mars 2021;
 - Participation de la présidente au CCDG, octobre, décembre 2020 et mars 2021;
 - Participation du président à une rencontre avec la présidente du CMDP et le président du CECII : réflexion sur l'enjeu de pertinence, mars 2021;
 - Participation aux déjeuners causeries de l'ACMQ, octobre, novembre 2020 et mars et avril 2021.

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. De plus, il émet 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 CMDP 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. Cette année, le CMDP a beaucoup développé son rôle de gardien de la qualité et de la pertinence. Il a également, toujours dans l'optique d'une qualité des soins optimale, donné son avis sur l'organisation des soins à plusieurs niveaux, notamment dans le contexte de la pandémie et pour le NCH.

Le CMDP s'assure de répondre aux besoins de la population à desservir, en tenant compte des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats. Il veille finalement à l'organisation technique et scientifique du 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 2020-2021, le comité exécutif du CMDP a tenu 13 rencontres régulières avec un taux de participation de 97 %, de même que plusieurs consultations par courriel nécessitant une réponse rapide. Il a également tenu une assemblée générale annuelle le 29 septembre 2020 avec une participation de 310 membres.

	Nombre de réunions	Taux de participation
Comité d'examen des titres	6	79 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	1	59 %
Comité de pharmacologie	10	79 %
Comité de discipline	3	100 %

Les autres comités

	Nombre de réunions	Taux de participation
Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles	8	88 %
Comité des dossiers	9	86 %
Sous-comité des formulaires	9	100 %
Comité de convenance pharmacologie	Nombre de réunions ordinaires : 26 Nombre de réunions extraordinaires : 8 Nombre de réunions administratives : 2	95%
Sous-comité de surveillance des antibiotiques	9	83 %
Sous-comité de chimiothérapie	10	92 %
Sous-comité d'anticoagulothérapie	8	79 %
Sous-comité pour la sécurité de l'insuline et des autres traitements en diabète	6	74 %
Sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie	2	100 %

Principales réalisations

Recherche clinique

La recherche clinique est chère aux membres du comité exécutif du CMDP. En effet, nous souhaitons devenir un chef de file en la matière. Pour ce faire, deux projets ont participé à enrichir notre culture de recherche clinique.

- Règlement sur la recherche clinique : ce règlement a été approuvé au conseil d'administration en mars 2020. Celui-ci a été créé pour augmenter le recrutement de chercheurs cliniciens et favoriser le développement du plein potentiel de ceux-ci.
- Statut de chercheur au Centre de recherche : dans le but d'augmenter notre rayonnement universitaire, de reconnaître l'ensemble de la recherche clinique faite dans le CHU et de faire progresser la culture de la recherche clinique au CHU, il a été voté à l'assemblée générale annuelle de rendre obligatoire l'inscription au centre de recherche pour tous les membres actifs du CMDP.

Comité sur l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (PRO-ACTE)

Le comité Pro-Acte a été très actif malgré la pandémie, non pas en termes de nombre de réunions avec les membres, mais bien en termes de discussions sur plusieurs dossiers. Un partenariat important a été créé avec la Direction de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles et le Service des archives. Ceci nous permet d'évoluer en plus de mettre en place les assises d'un comité de l'évaluation de la qualité de l'acte dynamique, structuré et digne d'un centre hospitalier universitaire.

En ce qui a trait à la révision de la mortalité et la morbidité, une nouvelle structure a été mise en place et des nouveaux outils ont été partagés aux membres responsables de la qualité de l'acte dans chaque service. Une annexe a été ajoutée aux règlements de service afin de mieux cerner les efforts concrets à déployer pour atteindre les objectifs de travaux en qualité de l'acte.

Une formation en qualité de l'acte a été offerte aux membres du CMDP et vu l'engouement pour ce type de formation, une seconde formation 2.0 sera offerte à l'automne 2021.

Un règlement visant à encadrer la qualité de l'acte est actuellement en écriture et sera présenté au C. A. à l'automne 2021.

Voici les principaux dossiers qui ont permis de faire avancer la qualité de l'acte dans le CHU :

- formation sur la garde préventive en établissement
- suivis des demandes du CMQ en ce qui a trait aux taux de césariennes et aux infections post-opératoires des sites chirurgicaux
- augmentation de l'offre de service des archives en ce qui a trait à la transcription médicale
- élaboration d'une étude par critères explicites par service
- audits de qualité des niveaux d'intervention médicale et de consentement
- audits sur la qualité des dossiers
- pertinence et évaluation des complications en hémodynamie
- télémédecine
- corrélations clinico-pathologique et clinico-radiologique
- loi de Vanessa

Voici la liste des indicateurs 2019-2020 :

- taux de césarienne
- taux d'infection de plaies post-opératoire
- délai pour l'installation d'une prothèse de hanche
- door to balloon en cardiologie
- taux de réadmission à l'urgence dans les 72 heures

Un projet de qualité de l'acte réunissant les trois conseils a également été élaboré. Celui-ci touche les chutes à l'urgence de l'HSFA. Les chutes ont en effet été observées par les trois conseils pour comprendre les éléments causaux et un audit de dossier a été fait. Des failles, tant sur le plan de l'évaluation médicale, infirmière ou des professionnels ont été mises en lumière et évaluées. Un rapport est en écriture et sera présenté sous peu au chef du Service de l'urgence de l'HSFA ainsi qu'au responsable de la clinique ambulatoire de gériatrie.

En raison de la pandémie, la pertinence des soins a été l'objet de bons nombres de discussions, ce qui a amené le CMDP à travailler avec la Direction de la qualité, de l'éthique et des affaires institutionnelles afin de mettre sur pied une formation sur la pertinence.

Sentinelles

Plusieurs membres du CMDP ont reçu une formation pour devenir pairs-aidants. Ceux-ci ont un double mandat, soit de soutenir tout membre du CMDP qui ressent de la détresse et d'assurer une vigie sur le niveau de détresse de leurs pairs, et au besoin, de leur offrir le soutien nécessaire. Un lien sur le nuage santé permet aux membres d'avoir accès aux coordonnées des pairs-aidants.

COVID-19

Les membres de l'exécutif ont participé au comité stratégique. Ils ont en effet pu donner leur opinion sur les grandes orientations cliniques en lien avec la pandémie et cela dans une optique de qualité et d'accès aux soins.

Une rencontre a été organisée avec plusieurs services sur la gestion de la crise pandémique. Cette rencontre avait comme objectif de connaître les conséquences que cette crise a entraînées pour chacun des cliniciens de façon individuelle, mais également pour l'organisation des soins.

Un comité de travail local a été mis en place afin de structurer les étapes dans l'éventualité où le protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs devait être lancé.

Un sous-comité de convenance COVID-19 a également été créé afin de faire descendre la vision et les enjeux en lien avec l'utilisation des médicaments (pénurie potentielle, optimisation des pratiques, délestage des pompes, etc.). Plusieurs rencontres ont été nécessaires en cours d'année afin d'actualiser ce mandat.

Le comité de convenance pharmacologique, en plus de sa lourde tâche hebdomadaire, a dû se positionner sur bons nombres de nouvelles molécules pour le traitement de la pandémie.

Résultat des laboratoires- boîte Cristal-Net

Le CMQ nous a interpellé pour des résultats d'examens de radiologie qui n'ont pas été reçus par les prescripteurs et qui ont malheureusement eu des conséquences majeures sur deux patients. Ces dossiers ont été étudiés et ont démontré qu'une stratégie informatique était nécessaire pour s'assurer de la traçabilité des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale. Des travaux ont été réalisés avec la Direction des technologies de l'information afin d'optimiser la boîte Cristal-Net et des améliorations sont déjà perceptibles. Des projets-pilotes dans quelques services sont à venir.

Comité de discipline et dossiers de plaintes

Une rencontre a été faite avec le commissaire aux plaintes. Des stratégies ont été mises en place pour faciliter la communication entre les médecins examinateurs et le CMDP. Notamment, toutes les recommandations qui touchent la qualité de l'acte seront maintenant transmises par les médecins examinateurs au Comité exécutif du CMDP dans le but de s'assurer que ces recommandations soient écoutées et mises de l'avant.

De la même manière, une rencontre avec le contentieux de l'hôpital a été faite. Le but de cette rencontre est de majorer la fluidité du processus des plaintes et de réduire les délais. De plus, un meilleur accompagnement des médecins membres des comités de discipline est visé et sera permis par la création d'un guide écrit par le contentieux en collaboration avec les membres du comité exécutif du CMDP.

Cogestion

Une formation sur la cogestion a été offerte pour les chefs de service et de département. La présidente, de même que les deux vice-présidents, participent maintenant au comité de direction afin de faciliter les arrimages entre le clinique et l'administratif.

Conclusion

L'année 2020, marquée par une pandémie, a demandé aux membres du comité exécutif du CMDP de travailler davantage en cogestion avec l'administration afin d'offrir des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques pertinents et performants. Le CMDP a travaillé à développer une culture de qualité des soins tout en étant le réel gardien des volets recherche et enseignement de la mission du CHU.

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 2020-2021, le comité a tenu trois (e) rencontres, avec un taux de participation de 96 %.

Comité des usagers

Le mandat du comité des usagers est déterminé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). 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.

Le comité des usagers et l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des soins, 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. De plus, le comité des usagers doit avoir une préoccupation particulière envers les usagers les plus vulnérables.

Les fonctions du comité des usagers

1. Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations.
2. Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus par l'établissement.
3. Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande de ceux-ci, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente.
4. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter plainte.

Faits saillants

En 2020-2021, le comité a tenu six (6) rencontres régulières, une (1) rencontre spéciale, une (1) assemblée générale annuelle et quelques rencontres de sous-groupes de travail pour des projets spéciaux.

Principales réalisations

- Le maintien de son service d'assistance, de soutien et d'aide aux usagers via ses services téléphoniques et de courriels.
- La représentation des usagers sur les différents comités de l'établissement.
- La présentation de 2 conférences grand public en collaboration avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- La présentation des résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle.
- Le maintien et le développement d'activités de collaboration et de partenariat pour certains projets.
- Le développement d'outils pour mieux renseigner et soutenir les usagers.

Comité d'éthique de la recherche

Le 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 support 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 2020-2021, le comité d'éthique de la recherche a tenu 35 réunions plénières.

Principales réalisations

- Nouveaux projets évalués CER : 224
 - Monocentrique éthique interne : 162

- Multicentrique éthique interne : 62
 - Article 21 : 12
 - Projets étudiés en accéléré : 143
 - Projets acceptés tels quels : 39
 - Projets acceptés conditionnellement : 185
- Nouveaux projets multicentriques éthiques externes : 119
- Conflits déclarés par les membres : 28
- Demande de suivis passifs continus : 3 662
- Projets actifs dans l'établissement : 1 699
 - Monocentrique éthique interne : 992
 - Multicentrique éthique interne : 303
 - Multicentrique éthique externe : 404

Nombre de projets actifs par champs d'application

Santé des populations et pratiques optimales en santé	257
Endocrinologie et néphrologie	115
Maladies infectieuses et immunitaires	200
Médecine régénératrice	78
Neurosciences	141
Oncologie	498
Reproduction, santé de la mère et de l'enfant	246
Autre	164
TOTAL	1 699

- Demandes d'avis déposés : 79
 - 65 se sont avérées des projets de recherche exemptés de l'évaluation du CER
 - 13 ont été considérés comme des projets de recherche
 - 1 était une demande d'informations
- Cette année, 312 nouveaux projets ont reçu l'autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 dont 157 projets monocentriques, 61 projets multicentriques examinés par le CER de notre établissement et 94 projets multicentriques examinés par un autre CER qui n'est pas celui de notre établissement.

Principales réalisations :

- À la suite de l'adoption du décret d'urgence sanitaire adopté par le gouvernement lié à la pandémie, et conformément à l'Annexe 3 de son *Règlement de régie interne et de fonctionnement*, le comité a adopté et mis en œuvre un plan de continuité des services du CER en contexte d'urgence et créé

un comité ad hoc à cet effet. Le comité a établi un ordre de priorité pour l'évaluation des projets, notamment ceux liés à la COVID-19, et a ajouté des réunions flottantes au besoin;

- En date du 31 mars 2021, notre établissement participe à 65 projets en lien avec la COVID-19;
- Partenaire dans l'initiative Catalis (formulaires harmonisés, utilisation secondaire des données);
- Partenaire dans la révision du formulaire d'information et de consentement (FIC) du COG ;
- Partenaire dans l'initiative d'un Consentement général à la recherche au CHU de Québec-Université Laval ;
- Reconstitution de la Cellule CER en réunion statutaire des VP/P à raison d'une fois par semaine ;
- Ajout d'un MON interne concernant la délégation des signatures;
- Modification de la clause concernant les risques socio-économiques liés aux études génétiques (déposée dans Nagano);
- Recrutement de nouveaux membres du CER, expertises diverses (dont notamment en sécurité des données);
- Rehaussement des responsabilités de certains membres (VP, délégation spéciale).

Comité d'éthique clinique

Selon le *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique du CHU de Québec* du 10 février 2014, la création d'un comité d'éthique clinique a pour objectif général poursuivi 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-Université Laval.

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.

Faits saillants

Au cours de la dernière année, le comité d'éthique clinique a tenu dix (10) rencontres. Tous les représentants locaux sont membres du CEC. Au cours de la dernière année, le taux de participation global des membres aux réunions du Comité s'établit à 88 %. Un ou deux observateurs étaient habituellement présents à chacune des rencontres.

Pendant l'année 2020-2021, 63 consultations ont été sollicitées en comparaison des vingt-quatre (24) consultations pour l'année précédente. La façon de traiter ces demandes a évolué en cours d'année avec un rôle grandissant des conseillers en éthique. Les conseillers ont reçu les demandes et ont présenté les cas pertinents lors des rencontres du CEC afin de favoriser les réflexions et les échanges.

Principales réalisations

- Dès le déclenchement de l'urgence sanitaire, le MSSS a diffusé un protocole de priorisation destiné à soutenir le personnel soignant advenant la rareté des ressources hospitalières. Ce protocole prévoyait la création de comités de priorisation pour lesquels plusieurs membres du CEC ont été sollicités.

Avec l'aide des conseillers en éthique, des activités de formation ont été mises sur pied. Celles-ci avaient comme objectifs d'aider les intervenants (intensivistes, médecins travaillant à l'urgence, personnel d'encadrement) à développer une compréhension commune des documents, d'identifier les éléments problématiques et de faire des exercices pratiques permettant une meilleure appropriation du processus.

- Rédaction du *Bilan des activités en éthique lors de la première vague de la pandémie de COVID-19*. Ce document décrit les activités éthiques mises en place pour la période allant du 12 mars au 31 décembre 2020. Il a été déposé en février 2021 auprès du Comité de la gouvernance et de l'éthique;
- Révision du *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique du CHU de Québec-Université Laval*;
- Participation à la révision du *Cadre conceptuel en éthique*;
- Recrutement de nouveaux membres et observateurs.

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 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 et 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, et recommander au C. A. 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 2020-2021, le comité a tenu trois rencontres régulières et une rencontre spéciale avec un taux de participation de 91 %.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration (C. A.) 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 2020-2021, le C.A. a tenu six (6) séances régulières, avec un taux de participation de 96 %, et sept (7) séances spéciales, avec un taux de participation de 88,5 %. Il a adopté 407 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 l'adoption de résolutions :

Pertinence, qualité, sécurité et efficience des soins et services

- Mise en place d'une équipe de priorisation pour l'accès aux soins intensifs
- Adoption du plan d'action 2020-2021 à l'égard des personnes handicapées
- Révision du *Cadre conceptuel en éthique*
- Déclaration de la conformité des installations et de leur capacité inscrites au permis d'exploitation
- Révision du *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers*
- Révision du *Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de révision*

-
- Révision du *Règlement sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident avec conséquences réelles ou anticipées*
 - Révision de la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*

Administration des affaires de l'établissement

- Adoption de l'organigramme d'encadrement supérieur
- Nomination de 14 cadres supérieurs et d'une hors cadre
- Participation au processus de nomination du président-directeur général adjoint
- Adoption du plan annuel et des cibles pour l'année 2020-2022
- Désignation des membres du comité consultatif à la Direction générale
- Nomination des responsables adjoints de l'application des règles contractuelles
- Révision des *Règlements sur la régie interne du C.A., du conseil des infirmières et infirmiers et du conseil multidisciplinaire*
- Adoption d'une *Politique de toponymie et reconnaissance des biens*
- Adoption d'une *Procédure d'appréciation de la contribution du président-directeur général*
- Adoption d'une *Procédure de prise de décision collective du conseil d'administration*

Organisation des services de l'établissement

- Nomination de 4 chefs de département médicaux et de 22 chefs de services médicaux
- Adoption des *Règles d'utilisation des ressources sur l'accès priorisé aux services spécialisés et surspécialisés du Service de neurochirurgie et du Service de radio-oncologie*
- Adoption du *Règlement de régie interne sur l'organisation et le fonctionnement du Département de chirurgie*
- Révision du *Règlement de régie interne sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine générale*
- Révision du *Règlement sur la nomination des chefs de département clinique, des chefs de service clinique et des gestionnaires médicaux, dentaires et pharmaceutiques*

Répartition équitable et utilisation économique et efficiente des ressources

- Adoption du budget pour l'exercice financier 2020-2021
- Approbation du rapport de l'auditeur indépendant et des états financiers pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2020
- Approbation de demandes d'autorisation d'emprunt visant l'équilibre budgétaire 2020-2021 et d'assurer les liquidités pour procéder aux acquisitions d'équipements et de fournitures pour la COVID-19
- Approbation des rapports financiers trimestriels 2020-2021
- Approbation du transfert d'actifs immobiliers et du passif les grevant effectué conformément à la *Loi sur les infrastructures publiques*

Enseignement et recherche

- Signature du contrat d'affiliation entre l'Université Laval et le CHU
- Nomination d'un directeur d'axe de recherche
- Adoption du *Règlement sur l'organisation de l'enseignement*
- Présentation des plans stratégiques de chaque axe de recherche

Reconnaissance

- Adoption d'une *Politique de reconnaissance*
- Motion de remerciements à la présidente du comité d'éthique de la recherche

-
- Motion de remerciements pour l'implication d'un représentant du CHU de Québec-Université Laval au sein du conseil d'administration de la corporation « Les Jardins Jean-Bosco inc. »
 - Motion de remerciements à l'attention des D^{rs} Guy Boivin et Alexis Turgeon pour leur conférence prononcée dans le cadre de l'Assemblée annuelle d'information du conseil d'administration
 - Motion de remerciements à l'attention de M. François Latreille, directeur des ressources financières
 - Motion de remerciements destinée à M. Jean Boulanger, directeur des ressources informationnelles
 - Motion de félicitations destinée à M^{me} Danielle Goulet, directrice des soins critiques
 - Motion de remerciements destinée à M^{me} Lucie Grenier, présidente-directrice générale adjointe

Annexe 2 : 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 lobbying* (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 proscrit.

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

CHUL

2705, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 4G2

Hôpital Saint-François d'Assise

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

Hôpital de l'Enfant-Jésus

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

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Centre administratif

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

Plateforme clinico-logistique

640, boulevard Armand-Paris
Québec (Québec) G1C 0R1

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.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 2021

Bibliothèque nationale du Canada 2021

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.