



Rapport annuel
de gestion


CHU
de Québec
Université Laval

2023-24

Table des matières

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général _____	4
Déclaration de fiabilité de l'établissement _____	7
Le CHU en un coup d'œil _____	8
Programmes et services offerts _____	9
Organigramme _____	15
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives _____	16
Liste des membres du conseil d'administration _____	17
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 _____	19
Liste des principaux comités du conseil d'administration _____	20
Les instances consultatives _____	21
Faits saillants de l'année _____	22
Statistiques opérationnelles _____	23
Une année au CHU de Québec _____	24
Projet d'établissement 2023-2027 _____	25
Plan bisannuel 2023-2025 _____	26
Projets prioritaires 2023-2024 _____	29
Savoir-être et savoir-faire : assurer collectivement des soins et des services sécuritaires, pertinents et efficaces _____	30
Pour les patients : donner un accès équitable et en temps opportun _____	35
Pour les intervenants : bâtir une organisation dont nous sommes fiers et envers laquelle nous souhaitons nous engager _____	41
Ressources : se projeter vers l'avenir pour faire face aux défis de transformation _____	45
Nos missions universitaires, régionales, suprarégionales et provinciales _____	53
L'enseignement _____	54
La recherche _____	55
L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) _____	56
Le Centre SpiritualitéSanté de la Capitale-Nationale _____	57
Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC) _____	58
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS) _____	59
Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) _____	60
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) _____	61

Principaux projets de développement immobilier au CHU _____	62	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier) _____	90
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité _____	63	L'examen des plaintes et la promotion des droits _____	91
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services _____	70	Application de la politique concernant les soins de fin de vie _____	92
L'Agrément _____	70	Les ressources humaines _____	93
La sécurité et la qualité des soins et services _____	79	Les ressources financières _____	94
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents _____	79	Les ressources informationnelles _____	97
Nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité* A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance _____	80	La divulgation des actes répréhensibles _____	98
Nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité* C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance _____	80	Annexes _____	99
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 _____	81	Annexe 1 – Liste des abréviations _____	99
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales _____	83	Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration _____	101
Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application de mesures de contrôle des usagers _____	84		
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations adressées à l'établissement _____	86		
Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement _____	88		
Liste des recommandations du coroner à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour y donner suite _____	89		

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



Gaston Bédard
Président du conseil
d'administration



Martin Beaumont
Président-directeur général

L'année 2023-2024 en a été une de renouveau pour le CHU de Québec-Université Laval (CHU) : après des consultations auprès de nos intervenants, de représentants de la communauté (organismes communautaires, Ville de Québec, Université Laval...) et de patients, nous avons élaboré et mis en œuvre notre nouveau projet d'établissement.

Ce projet représente la direction que nous souhaitons emprunter pour les prochaines années. C'est un guide qui nous rappelle quelles sont les priorités sur lesquelles nous nous sommes entendus, les valeurs que nous souhaitons partager et la vision commune que nous voulons concrétiser. Les détails de ce projet sont présentés aux pages 22 à 50.

Voici un résumé des réalisations des équipes du CHU selon les objectifs stratégiques déterminés au plan bisannuel 2023-2025 de notre projet d'établissement. Les pages qui suivent vous les présenteront plus en détail.

Patients :

donner un accès équitable et en temps opportun

Grâce à des travaux d'envergure pour améliorer l'accès à la chirurgie, nous avons diminué de 30 % le nombre de patients en attente depuis plus d'un an.

En chirurgie oncologique, 97 % de la cible est atteinte pour qu'il ne reste plus de patient en attente de chirurgie plus de 56 jours. De plus, la majorité des patients planifiés pour une chirurgie oncologique attendent maintenant moins de 50 jours, comparativement à 120 jours avant la mise en fonction d'un deuxième robot chirurgical.

Nous sommes également extrêmement fiers de l'ouverture de notre Unité de réadaptation en soins aigus, destinée à notre clientèle de fracture de la hanche, qui a permis à plusieurs usagers de profiter d'une réadaptation intensive dans la communauté. Du côté du CHU, cela signifie une diminution des durées moyennes de séjour et une économie de 75 jours d'hospitalisation, soit l'équivalent de 1,2 lit à temps plein!

En ce qui concerne l'efficacité de nos urgences, un nouveau processus de gestion en temps réel élaboré avec la Direction de la fluidité a permis de réduire la durée moyenne de séjour sur civière en santé physique d'une heure. D'ailleurs, les urgences de nos cinq hôpitaux se sont améliorées selon le palmarès de *La Presse* 2024, tandis que l'urgence de L'Hôtel-Dieu de Québec a obtenu la note la plus élevée de ce palmarès.

Du côté des services ambulatoires, la migration de eClinibase vers eRendez-Vous est réalisée à 100 % pour 16 spécialités à haut volume, tandis que la migration est avancée à 85 % pour les autres spécialités. Ce grand chantier de transformation numérique sera ainsi réalisé selon le délai et le budget prévus.

De grandes avancées ont aussi été réalisées dans le dossier des alternatives à l'hospitalisation. Par exemple, depuis mars 2024, la ligne téléphonique Info-Chirurgie pour le suivi post-hospitalisation est fonctionnelle pour la clientèle de chirurgie générale, ce qui permet de réduire la durée de l'hospitalisation et de libérer des lits. Nous avons de plus étendu les heures d'ouverture de la médecine de jour à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus en soirée jusqu'à 20 heures ainsi que la fin de semaine et les jours fériés.

Intervenants : **bâtir une organisation dont nous sommes fiers et pour laquelle nous souhaitons nous engager**

Ce sont maintenant 100 % de nos unités cliniques qui profitent de l'autogestion des horaires. Ce nouveau mode de fonctionnement propose des horaires sur trois mois, ce qui améliore significativement la conciliation travail-vie personnelle du côté des intervenants et facilite grandement la planification pour les gestionnaires. De plus, l'autogestion des horaires a permis de réduire considérablement le recours au temps supplémentaire obligatoire (diminution de 52 %) ainsi que le nombre d'heures supplémentaires (diminution de 8 %).

Grâce à la collaboration de toutes les parties impliquées et aux changements apportés, nos embauches ont augmenté de 15 % comparativement à la moyenne des trois dernières années, tandis que le nombre de départs a légèrement diminué comparativement à l'année précédente.

Savoir-être et savoir-faire : **assurer collectivement des soins et des services sécuritaires, pertinents et efficaces**

Une autre grande démarche, que nous appelons la « Nouvelle approche de soins » (NAS), a eu des effets bénéfiques dans les deux hôpitaux où elle a été déployée jusqu'à maintenant. Par exemple, à L'Hôtel-Dieu de Québec, les initiatives ont permis de libérer du temps aux intervenants cliniques, lequel est réinvesti dans l'épisode de soins. À l'Hôpital Saint-François d'Assise, la NSA a permis de diminuer de 8 heures la durée moyenne de séjour et d'admettre 466 patients de plus que durant l'année 2022-2023 en utilisant en moyenne seulement deux lits de plus par jour.

Du côté de la pertinence des soins, les volets « Transfuser avec soin » et « Utilisation judicieuse des laboratoires » ont obtenu leur certification et sont en maintien, tandis que trois projets sont en cours, ce qui nous place en bonne voie d'atteindre le niveau 2 « Leadership » de la campagne « Choisir avec soin ».

Ressources : **être une référence en développement durable et se projeter vers l'avenir pour faire face aux défis de transformation**

Depuis décembre 2023, le Bureau de l'innovation du CHU est opérationnel. En février, le premier Rendez-vous Biopartenariat a réuni près d'une centaine de personnes et, en quelques mois, une vingtaine d'entreprises ont été rencontrées en vue de potentiels partenariats.

En parallèle, les projets de transformation de nos pratiques vont bon train, qu'ils concernent notre nouveau complexe hospitalier, le centre externe d'hémodialyse ou le centre de service en psychiatrie. De même, les projets de transformation logistique font leurs preuves pour améliorer l'expérience des intervenants et celle des patients, notamment grâce à de nouvelles prises en charge, comme les transports de patients et la gestion des fournitures, qui libèrent un temps précieux aux soignants.

Enfin, les travaux de valorisation des données ont doté nos équipes de plusieurs outils de suivi maintenant quotidiennement utilisés, comme ceux permettant de suivre la circulation des virus respiratoires, le temps supplémentaire obligatoire ou encore le coût par parcours de soins et de services.

Ces réalisations remarquables donnent un rapide aperçu de ce qui est accompli par nos équipes dans nos cinq hôpitaux, notre plateforme clinico-logistique et notre centre administratif. Chaque jour, nos intervenant(e)s, quel que soit leur titre d'emploi, travaillent pour le mieux-être de notre population et se dévouent pour avoir de l'impact sur la santé et inspirer le changement.

Nous remercions chaleureusement tous les membres de nos équipes, tous nos gestionnaires, tous nos leaders médicaux et tous les administrateurs de notre conseil d'administration pour leur engagement et pour les compétences qu'ils mettent au service de notre communauté.

Nous tenons également à souligner l'apport inestimable de nos partenaires, et plus particulièrement celui de la Fondation du CHU de Québec, qui permettent à nos intervenants de réaliser l'extraordinaire.



Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



Martin Beaumont
Président-directeur général

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 à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 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 2024.



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

Le CHU en un coup d'œil



Notre mission

- Soins et services
- Enseignement
- Recherche
- Évaluation
- Innovation
- Promotion de la santé

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)



1 255
lits dressés

50 000

équipements médicaux spécialisés, dont la valeur s'élève à

400 M\$



Territoire desservi

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

Clientèle potentielle

Près de
2 millions
de personnes



Enseignement



217 398 jours de stage
L'équivalent d'une école de plus de **800** étudiants à temps plein chaque jour

Recherche¹

Financement total :

106 031 104 M\$

Plus important centre de recherche francophone en santé en Amérique du Nord



Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

9 nouvelles publications, pour un total de **184** depuis 2006

Personnel



12 954* employés

1 543 médecins, dentistes et pharmaciens

257 bénévoles (21 038 heures de soutien bienveillant dans les cinq hôpitaux)

3 838 chercheurs réguliers et associés, affiliés et honoraires, employés du centre de recherche du CHU, étudiant aux cycles supérieurs et stagiaires postdoctoraux¹

Total

18 592* Intervenants

¹ Données au 31 mars 2023. Les données au 31 mars 2024 seront validées au cours de l'automne 2024. Ces chiffres proviennent du rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2022-2023.

*Chiffre à confirmer avec les données officielles du MSSS

Programmes et services offerts

Le CHU de Québec-Université Laval (CHU) offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés.

CHUL – Centre mère-enfant Soleil (CMES)

<p>Cardiologie pédiatrique et fœtale Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique Centre des malformations orofaciales Centre identificateur et préleveur pour le don d'organes et de tissus Centre intégré de cancérologie (CIC) <ul style="list-style-type: none"> • Hémato-oncologie pédiatrique Chirurgie cardiaque pédiatrique Clinique de tuberculose pédiatrique Chirurgie orthopédique pédiatrique Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique Clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA) suspectés chez les 13-17 ans du RUISSSUL Clinique du 1^{er} trimestre Clinique des prématurés Clinique de soins complexes pédiatriques Clinique spécialisée de pneumologie pédiatrique (CSPP) Dermatologie pédiatrique Diabétologie pédiatrique Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques Endocrinologie pédiatrique Gastroentérologie pédiatrique Génétique médicale et de laboratoire adulte, pédiatrique et prénatale Gynécologie et obstétrique</p>	<p>Gynécologie pédiatrique Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique Immunologie-allergie pédiatrique Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique Maladies infectieuses Infectiologie pédiatrique Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse Médecine de l'adolescence Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique Médecine obstétricale Néonatalogie (soins intensifs néonataux) Néphrologie pédiatrique Neurochirurgie pédiatrique Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring Ophtalmologie pédiatrique, incluant le Programme de greffe de la cornée Oto-rhino-laryngologie (ORL) – audiologie : ancrage osseux ORL pédiatrique Orthopédie infantile et pédiatrique Pédiatrie Physiatrie et réadaptation pédiatriques Pneumologie pédiatrique, incluant le Programme de fibrose kystique</p>	<p>Pouponnière Procréation médicalement assistée (PMA) Programme Agir tôt Programme de deuil pédiatrique et périnatal Programme de traumatologie tertiaire en pédiatrie Programme provincial de promotion de la vaccination basé sur l'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (Emmie) Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) Programmes québécois de dépistage des maladies génétiques Protection de l'enfance Rhumatologie pédiatrique Services scolaires Soins intensifs pédiatriques et équipe de sédation-analgésie Soins palliatifs pédiatriques Traitement chirurgical de l'épilepsie complexe Transport terrestre pédiatrique pour enfants gravement malades Transport néonatal provincial Traumatologie pédiatrique Urgence pédiatrique Urologie pédiatrique</p>
--	--	--

CHUL – Centre hospitalier de l'Université Laval – Volet adulte

Andrologie	Gastroentérologie
Archives médicales CHUL-HSS	Hémodynamie
Cardiologie	Immunologie-allergie
Centre d'expertise de la gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUISSUL	Infectiologie
Centre de prélèvements	Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse
Centre de référence en santé pelvienne	Médecine dentaire
Centre intégré de cancérologie (CIC)	Médecine interne et clinique d'hypertension
• Oncogénétique	Orthopédie
Chirurgie générale	Oto-rhino-laryngologie (ORL)
Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie	Rhumatologie
Clinique des maladies cardiaques subaiguës	Soins intensifs
Dermatologie	Soins palliatifs
Endocrinologie	Urgence adulte
	Urologie et chirurgie mineure (hormonothérapie)

Cardiologie

Centre d'aphérèse

Centre d'hémophilie pour l'est du Québec

Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'est-du-Québec (CEBMEQ)

Centre de prélèvements

Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Consultations en oncologie dont des équipes avec une mission suprarégionale : digestive, hémato-oncologie, radio-oncologie, uro-oncologie, neuro-oncologie, endocrinologie thyroïdienne, gynéco-oncologie, ORL
- Curiethérapie
- Équipe suprarégionale d'oncologie psychosociale et spirituelle
- Équipe suprarégionale de médecine dentaire en oncologie
- Plateau technique d'hémo-oncologie
- Plateau technique d'uro-oncologie
- Plateau technique de radio-oncologie
- Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Service de référence d'information en oncologie
- Service d'intervention rapide en oncologie
- Soins palliatifs

Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'est-du-Québec (CEVBGEQ)

Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie

Clinique de stomothérapie

Clinique des maladies cardiaques subaiguës

Centre identificateur et préleveur pour le don d'organes et de tissus

Centre suprarégional de neurochirurgie

- Neurochirurgie spinale
- Neurochirurgie vasculaire
- Neurochirurgie fonctionnelle et neuromodulation
- Neurochirurgie nerfs périphériques

Centre suprarégional en neurologie (tertiaire)

- Neurovasculaire
- Neuromusculaire
- Trouble du mouvement
- Épilepsie
- Mémoire et troubles cognitifs
- Neurologie générale

Centre tertiaire AVC

Centre tertiaire de traumatologie pour l'est-du-Québec

Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Chirurgie générale

Chirurgie plastique

Clinique interdisciplinaire de la mémoire (CIME)

Clinique de neurovasculaire

Dermatologie

Endocrinologie

Gastroentérologie

Hématologie

Infectiologie

Médecine interne

Neuromodulation

Neuro-ophtalmologie

Strabisme

Oculoplastie

Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Orthopédie

Physiatrie

Pneumologie

Pneumologie interventionnelle

Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)

Soins intensifs

Soins palliatifs

Urgence

Urologie (cystoscopie)

HSS – Hôpital du Saint-Sacrement

Banque d'yeux

Cardiologie

Centre de référence en syndromes post-infectieux liés à la COVID-19 longue et à la maladie de Lyme chronique

Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Centre de référence pour investigation désigné (CRID)
- Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia
- Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein
- Oncogénétique
- Oncogériatrie
- Oncologie oculaire
- Plateau technique d'hémato-oncologie
- Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO)

Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Chirurgie générale

Chirurgie plastique

Dermatologie

Gastroentérologie

Médecine familiale hospitalière

Médecine interne

Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Physiatrie, volet fluoroscopie

Pneumologie

Psychiatrie

Soins palliatifs

Urgence

Urgence ophtalmologique

HSFA – Hôpital Saint-François d'Assise

Archives et transcription médicale	Orthopédie
Cardiologie	Oto-rhyno-laryngologie (ORL)
Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale	Planification des naissances
Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires	Pneumologie
Chirurgie générale	Pouponnière
Chirurgie gynécologique	Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) et test génomique prénatal non invasif (TGPNI)
Chirurgie vasculaire	Soins intensifs
Clinique du diabète adulte et gestationnel	Soins palliatifs
Clinique de stomothérapie	Urgence
Clinique des maladies cardiaques subaiguës	Urologie et cystoscopie
Clinique l'Envolée : suivi des nouveau-nés vulnérables et des mères	
Gastroentérologie	
Infectiologie (Clinique du VIH)	
Interruption volontaire de grossesse tardive (IVGT)	
Médecine familiale hospitalière	
Médecine interne	
Obstétrique	

Ancrage osseux
Audiologie
Cardiologie
Centre identificateur et préleveur pour le don d'organes et de tissus
Centre québécois d'expertise en implant cochléaire
Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Dermato-oncologie/chirurgie de Mohs
- Gynécologie oncologique
- Hémato-oncologie
- Médecine dentaire en oncologie
- Oncologie digestive
- Oncologie ORL
- Oncologie pulmonaire
- Orthopédie oncologique
- Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Urologie oncologique

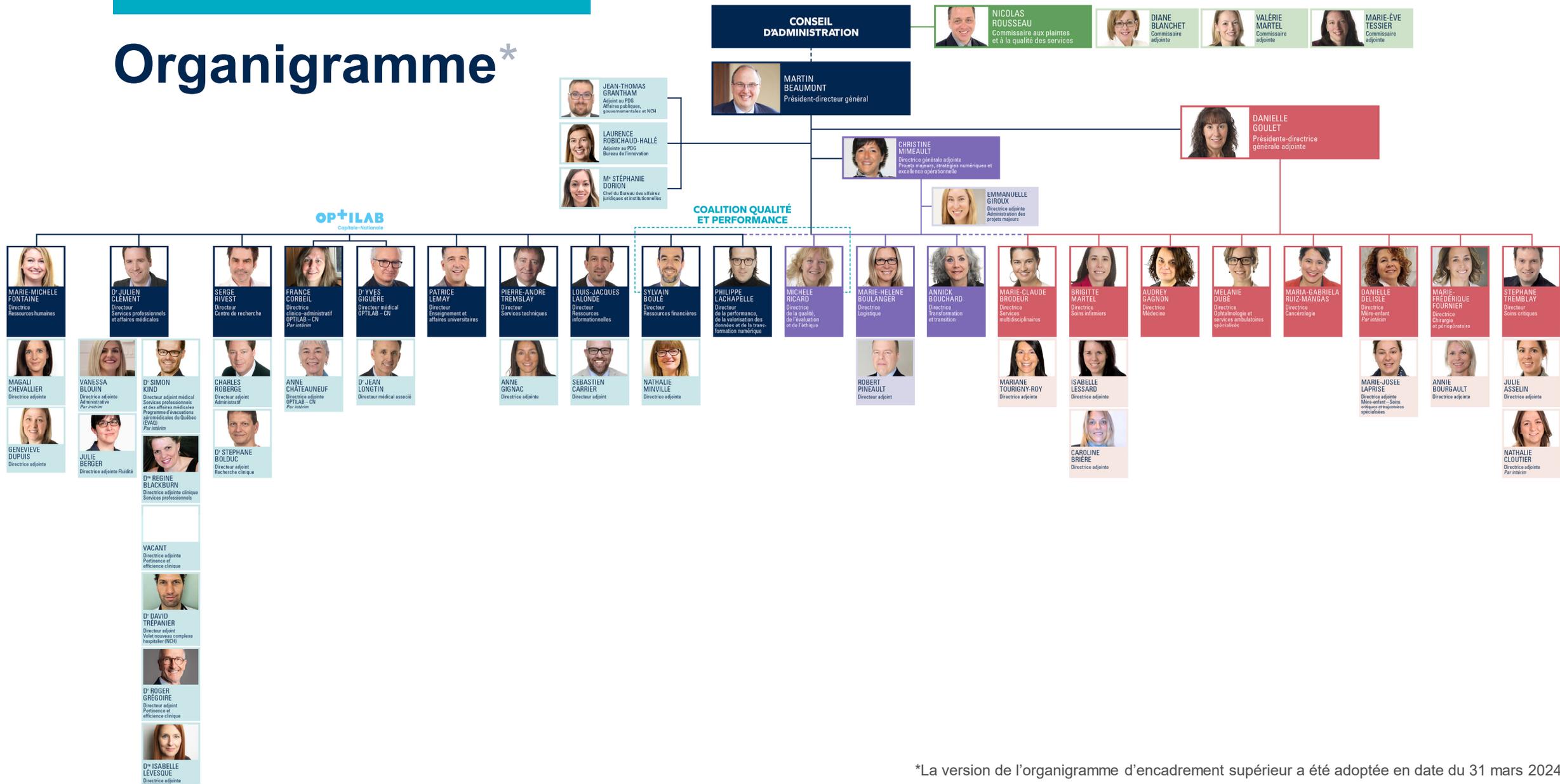
Chirurgie générale
Chirurgie hépatobiliaire
Chirurgie mineure
Chirurgie plastique
Chirurgie vasculaire et thoracique
Clinique de stomathérapie
Clinique des maladies cardiaques subaiguës
Diabète
Endocrinologie
Épithésie
Gastroentérologie

Hématologie
Hémodynamie
Infectiologie
Médecine interne
Néphrologie

- Clinique ambulatoire
- Dialyse à domicile
- Greffe rénale
- Hémodialyse
- Unités satellites

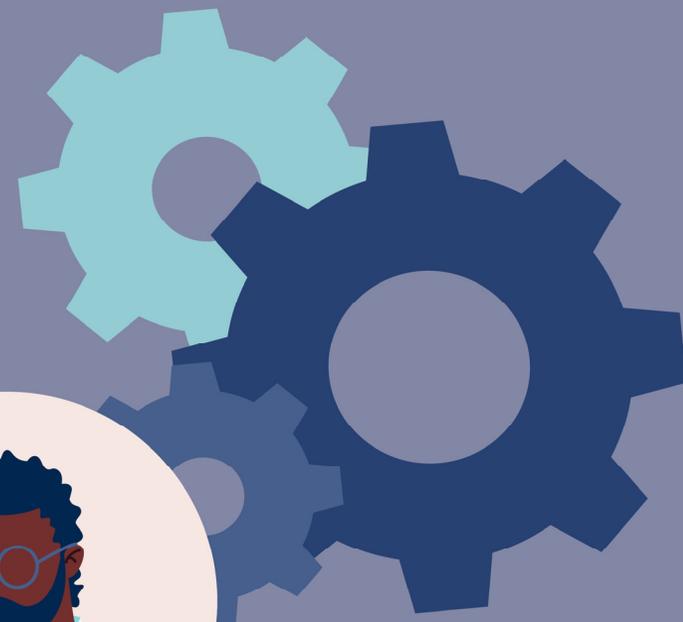
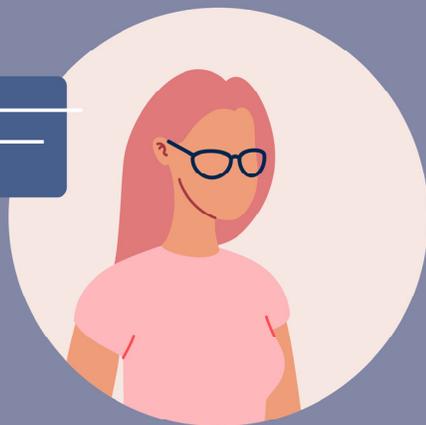
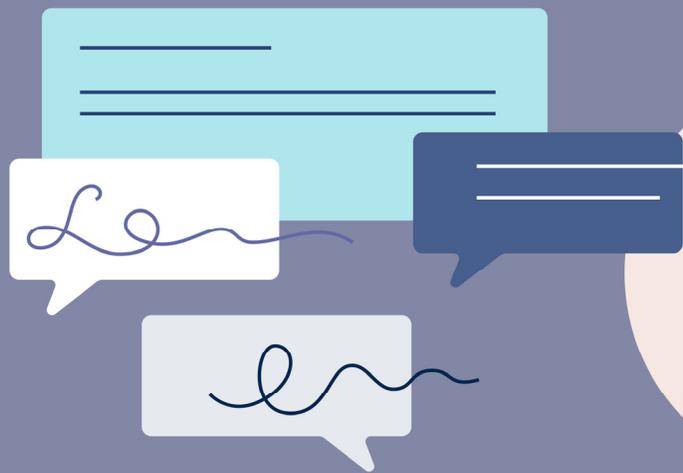
Neurologie
Nutrition parentérale à domicile
Orthopédie
Oto-rhino-laryngologie (ORL)
Photothérapie
Pneumologie
Pneumologie interventionnelle
Service aux laryngectomisés - Programme d'aide à la communication
Soins intensifs
Soins palliatifs
Urgence

Organigramme*



*La version de l'organigramme d'encadrement supérieur a été adoptée en date du 31 mars 2024

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



Liste des membres du conseil d'administration

NOM	REPRÉSENTATION
M. Gaston Bédard, président du C.A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente du C.A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>
M. Martin Beaumont, secrétaire du C.A.	Président-directeur général
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>
M. Sylvain Carpentier	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>
M. Sylvain Gagnon	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>
M ^{me} Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>

NOM	REPRÉSENTATION
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désignée <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre désignée <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>
M ^{me} Marie Leroy	Membre désigné <i>Conseil multidisciplinaire</i>
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désignée <i>Comité des usagers</i>
M ^{me} Eugénie Brouillet	Représentante de l'Université Laval
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval
M ^{me} Sylvie Tremblay	Membre observateur Fondation

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 29 novembre 2021. Le code est en annexe du présent document.

Au 31 mars 2024, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2023-2024.

Le secrétaire du conseil d'administration,



Martin Beaumont

Signé à Québec ce 13 juin 2024

Liste des principaux comités du conseil d'administration

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité de vérification

Comité de vigilance et de la qualité

Comité des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Comité des ressources technologiques, immobilières et logistiques

Comité du nouveau complexe hospitalier

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

Les instances consultatives

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Table des chefs de département et de service clinique / comité consultatif à la direction générale

Comité des usagers

Comité d'éthique clinique

Comité d'éthique de la recherche

Comité d'éthique de la gestion et de la gouvernance

Comité de gestion des risques

Faits saillants



Statistiques opérationnelles

Chaque jour, le personnel du CHU...



Fournit des soins à **1 084** personnes hospitalisées

dont **60** en pédiatrie

Reçoit **2 231** visites dans ses cliniques externes spécialisées :
1 837 visites adultes
394 visites enfants

Accueille **515** patients en médecine de jour



Accueille **223** patients dans ses blocs opératoires, dont **135** patients en chirurgie d'un jour

Traite **209** nouvelles requêtes pour des chirurgies électives*

Réalise **281** examens en endoscopie

Procède à **166** traitements en hématologie

Réalise **14** mises en traitement en radio-oncologie

Réalise **278** traitements en hémodialyse sous toutes ses formes



Effectue **61 507** procédures de laboratoire

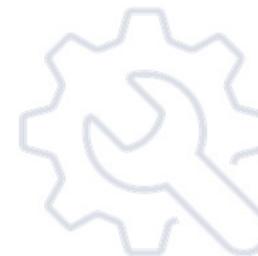
Réalise **2 682** procédures d'imagerie médicale



Rédige **9 388** ordonnances de médicaments

Effectue **18 613** retraitements pondérés d'instruments médicaux**

Assure l'entretien et le fonctionnement de plus de **50 000** équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à **400 M\$**



Entretien des superficies totalisant **499 484 m²**



Prépare et sert **7 951** repas



Admet **177** personnes dans ses hôpitaux

Réalise **20** accouchements Fournit des soins à **52 nouveau-nés** pour des soins spécialisés



Reçoit **656** visites dans ses urgences :
147 arrivent en ambulance
86 sont hospitalisés

* **Chirurgies électives** : chirurgies planifiées

** Stérilisation et désinfection

Une année au CHU

Chaque jour, le personnel du CHU			Total pour 2023-2024	Total pour 2022-2023	
Fournit des soins à	1 084	personnes hospitalisées	396 681	403 694	jours présence
dont	60	en pédiatrie	21 892	22 554	jours présence
Admet	177	personnes dans ses hôpitaux	64 855	63 732	admissions annuelles
Réalise	20	accouchements	7 261	7 472	accouchements
Fournit des soins à	52	nouveau-nés pour des soins spécialisés	19 157	19 334	jours présence
Reçoit	656	visites dans ses urgences, dont 147 arrivent en ambulance	240 210	231 620	visites annuelles
dont	86	sont hospitalisés	31 491	29 554	admission à l'urgence
Reçoit	2 231	visites dans ses consultations externes spécialisées	548 932	543 114	visites annuelles
dont	1 837	visites adultes	451 894	444 693	visites annuelles
dont	394	visites enfants	97 038	98 421	visites annuelles
Accueille	515	patients en médecine de jour	126 720	97 655	visites annuelles
Accueille	223	patients dans ses blocs opératoires	54 971	54 926	personnes opérées
dont	135	patients de chirurgie d'un jour	33 195	32 871	personnes opérées
Traite	209	nouvelles requêtes pour des chirurgies électives	51 380	49 497	requêtes
COVID	Intervenants atteints		2 499	6 857	
	Appels traités		6 480	29 459	
	Procédures de laboratoires COVID		110 847	446 233	

Chaque jour, le personnel du CHU			Total pour 2023-2024	Total pour 2022-2023	
Réalise	281	examens en endoscopie	69 017	64 547	examens
Réalise	14	Mises en traitement en radio-oncologie	3 463	3 289	mises en traitement
Réalise	166	traitements en hémato-oncologie	40 877	39 464	traitements
Réalise	278	traitements en hémodialyse sous toutes ses formes	68 428	71 082	traitements
Réalise	61 507	procédures de laboratoire	22 511 520 ¹	22 144 367 ²	procédures annuelles
Réalise	2 682	procédures d'imagerie médicale	659 786	662 844	procédures annuelles
Réalise	Environ 5 par semaine	greffes de moelle osseuse	249	233	greffes
Réalise	87	traitements systémiques en oncologie	31 901 ³	34 551	traitements
Réalise	9 388	ordonnances de médicaments	3 426 465	3 385 733	ordonnances
Effectue	18 613	retraitements pondérés d'instruments médicaux	6 812 486	6 529 072	retraitements
Prépare et sert	7 951	repas	2 910 212	2 856 091	repas
Assure l'entretien et le fonctionnement d'un parc de plus de	50 000	équipements médicaux spécialisés, dont la valeur s'élève à 400 M\$			
Entretien des superficies totalisant	499 484	mètres carrés			

- ¹ Dont 217 107 au centre de prélèvement. À partir de 23-24, les procédures se feront dans un autre centre.
- ² Dont 221 494 au centre de prélèvement.
- ³ Dont 2 055 en pédiatrie.

Projet d'établissement 2023-2027

Pour en savoir davantage sur le projet d'établissement et consulter la version complète, balayez ce code QR.



Notre mission



Offrir à la population de l'est du Québec des soins et des services de santé de pointe par notre engagement continu avec la recherche, l'enseignement, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé tout en assurant la promotion de la santé et l'innovation.

Notre vision



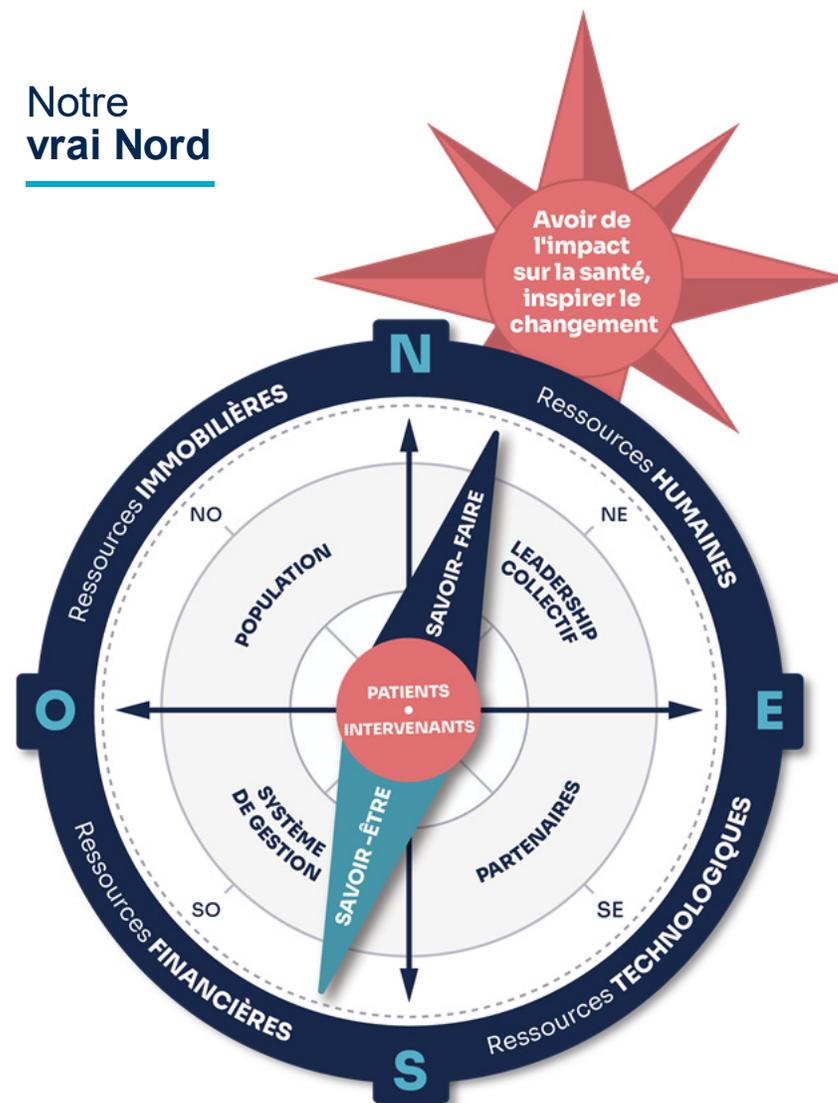
Par la force de nos équipes et en partenariat avec nos patients, être un chef de file international par la qualité de nos pratiques cliniques, scientifiques, pédagogiques et de gestion.

Nos valeurs



- Bienveillance
- Engagement
- Partenariat
- Transparence
- Amélioration continue

Notre vrai Nord



Nos objectifs prioritaires

Pour les patients

Donner un accès équitable et en temps opportun



Pour les intervenants

Bâtir une organisation dont nous sommes fiers et envers laquelle nous souhaitons nous engager



Savoir-être et savoir-faire

Assurer collectivement des soins et des services sécuritaires, pertinents et efficaces



Ressources

Se projeter vers l'avenir pour faire face aux défis de transformation et être une référence en développement durable





Plan bisannuel 2023-2025

Nos objectifs à réaliser
d'ici le 31 mars 2025.

Savoir-être et savoir-faire

Assurer collectivement des soins
et des services sécuritaires,
pertinents et efficaces



Culture du financement axée sur le patient

Augmenter de 25 % (2M \$) l'écart favorable entre le financement et la dépense dans les secteurs d'activité ayant un financement axé sur le patient, sans détérioration dans tous les aspects de la performance (qualité, sécurité, pertinence, etc.) des soins et services.

Nouvelle approche de soins

Avoir obtenu des résultats probants par le déploiement de la Nouvelle approche de soins dans les hôpitaux : CHUL, L'HDQ, HEJ, HSFA et HSS.

Pertinence des soins médicaux

Atteindre le niveau 2 « Leadership » de la campagne « Choisir avec soin ».

Sécurité des soins – Accidents-incidents

Diminuer de 5 % le nombre d'accidents de gravité E1 et plus.

Sécurité des soins – PCI

Améliorer le taux global de conformité à l'hygiène des mains de 10 % afin de contrôler la transmission nosocomiale de pathogènes.

Pour les patients

Donner un accès équitable
et en temps opportun



Accès à la chirurgie

Améliorer les délais d'accès afin de réduire à zéro le nombre de patients en attente depuis plus de 12 mois, pour toutes les spécialités chirurgicales; augmenter à 85 % la proportion des patients en oncologie opérés dans un délai de 28 jours et à 100 % la proportion des patients en oncologie opérés dans un délai de 56 jours.

Accès aux plateaux techniques et diagnostiques

Pour nos plateaux techniques en imagerie médicale et en électrophysiologie, augmenter de 5 à 10 % la proportion d'examen réalisés selon des priorités cliniques prescrites.

Accès aux services ambulatoires spécialisés

Pour nos services ambulatoires spécialisés, augmenter de 5 % la proportion de patients pris en charge dans les délais en fonction de leur priorité.

Efficacité opérationnelle des urgences

Diminuer de 1 heure 30 ou plus la durée moyenne de séjour sur civière en santé physique dans nos cinq urgences.

Fluidité des épisodes de soins

Augmenter de 500 le nombre d'admissions en réduisant le temps de passage hospitalier.

Alternatives à l'hospitalisation

Référer 400 patients à des modalités alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

Pour les intervenants

Bâtir une organisation dont nous
sommes fiers et envers laquelle
nous souhaitons nous engager



Attraction

Augmenter de 5 % les embauches cumulatives dans l'ensemble des titres d'emploi du CHU, en comparaison à la moyenne des trois dernières années.

Fidélisation

Cesser la progression des départs évitables sur lesquels nous avons une influence, et ce, dans toutes les directions.

Planification de la main-d'œuvre renouvelée et durable

Réviser 100 % des plans de main-d'œuvre pour toutes les directions afin de les ajuster aux besoins actuels.

Santé et sécurité des travailleurs

Avoir réalisé 100 % des actions découlant de nos matrices de risques de direction et visant à mitiger les risques identifiés comme ayant une forte probabilité d'occurrence.

Ressources

Se projeter vers l'avenir
pour faire face aux défis
de transformation et
être une référence en
développement durable



Innovation

Avoir convenu de quatre nouveaux partenariats industriels en innovation en santé.

Transformation de nos pratiques

Avoir réalisé 100 % des transformations requises selon la planification prévue (nouveau complexe hospitalier, hémodialyse, psychiatrie).

Transformation immobilière

Avoir réalisé 100 % des étapes pour les projets prioritaires stratégiques, selon la planification prévue, en cohérence avec les besoins cliniques des patients et des intervenants.

Transformation logistique

Augmenter de 14 % l'efficacité de la chaîne logistique selon le modèle de maturité développé, au bénéfice des intervenants et des patients.

Transformation numérique

D'ici le 31 mars 2024, avoir réalisé 100 % du Plan de modernisation technologique (PMT) 2023-2024 tel que confirmé par le MSSS et avoir terminé la planification du PMT pour l'année 2024-2025.

Transition vers le NCH

Avoir réalisé 100 % des étapes de transition selon les échéanciers prévus (centre de recherche, cyclotron, pavillon D et soins critiques).

Valorisation des données

80 % des directions auront intégré à leur processus de prise de décision au moins un outil d'intelligence d'affaires moderne.

Développement durable

Évaluer et prioriser notre potentiel d'amélioration dans les 17 domaines de développement durable de l'ONU.

4 dimensions
du vrai nord

5 objectifs
prioritaires

23 objectifs
intermédiaires
SMART

132 projets
prioritaires

Ce plan bisannuel couvre la période 2023-2025.
Un deuxième plan suivra pour la période 2025-2027.
Ce visuel est une version allégée du plan bisannuel.
Pour consulter la version complète, balayez ce code QR.



Plan bisannuel 2023-2025 – Cible intermédiaire année 1

Nos objectifs prioritaires	% atteinte de la cible	Nbre de cibles atteintes	Posture pour débuter 24-25
Pour les patients <i>Donner un accès équitable et en temps opportun</i> 	79 %	2/11	◆
Pour les intervenants <i>Bâtir une organisation dont nous sommes fiers et envers laquelle nous souhaitons nous engager</i> 	50 %	2/4	◆
Savoir-être et savoir-faire <i>Assurer collectivement des soins et des services sécuritaires, pertinents et efficaces</i> 	95 %	2/5	◆
Ressources <i>Se projeter vers l'avenir pour faire face aux défis de transformation et être une référence en développement durable</i> 	92 %	5/13	◆

Légende pour la posture : ● = Favorable ◆ = Stable /neutre ■ = Défavorable ■ = Indicateur sans cible

Plan bisannuel 2023-2025

87 %

Moyenne du pourcentage d'atteinte à la cible

11/33

*les indicateurs sans cible ont été inclus dans les « non-atteints »

La posture a été évaluée selon la tendance des dernières périodes de façon quantitative et qualitative pour chacun des indicateurs.

Plan bisannuel 2023-2025 par indicateur – Cible intermédiaire année 1

Patients		% d'atteinte P13 – An 1	Posture début 2024-25
1A	Accès à la chirurgie	79 %	
1B	Accès à la chirurgie	39 %	
2	Accès aux plateaux techniques et diagnostiques	Priorité A	88 %
		Priorité B	67 %
		Priorité C	70 %
		Priorité D	53 %
3	Accès aux services ambulatoires spécialisés	Priorités A-B-C	85 %
		Priorité D	87 %
4	Efficacité opérationnelle des urgences	96 %	
5	Fluidité des épisodes de soins	100 %	
6	Alternatives à l'hospitalisation	100 %	
		79 %	

Intervenants		% d'atteinte P13 – An 1	Posture début 2024-25
7	Attraction	100 %	
8	Fidélisation	100 %	
9	Planification de main d'œuvre renouvelée et durable	–	
10	Santé et sécurité des travailleurs	–	
		50 %	

Légende pour la posture :

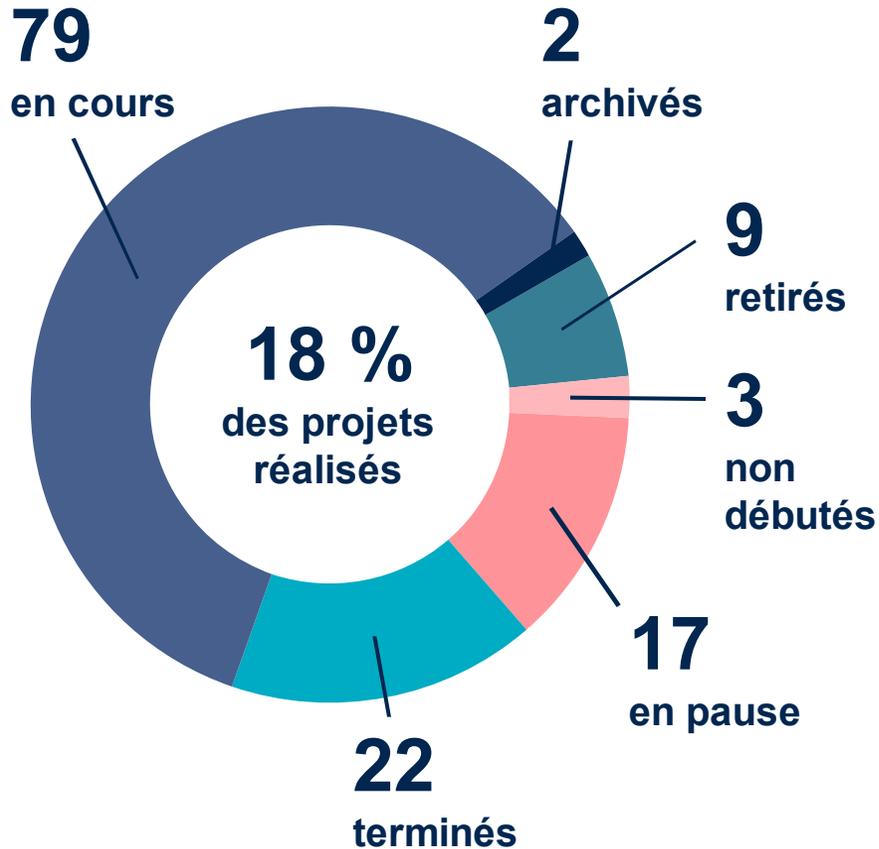
■ = Favorable ■ = Stable / neutre ■ = Défavorable ■ = Indicateur sans cible

Savoir-faire et savoir-être		% d'atteinte P13 – An 1	Posture début 2024-25
11	Culture du financement axé sur le patient (FAP)	100 %	
12	Nouvelle approche de soins	–	
13	Pertinence des soins – Campagne « Choisir avec soin »	–	
14	Sécurité des soins – Accidents-Incidents	100 %	
15	Sécurité des soins – PCI	86 %	
		95 %	

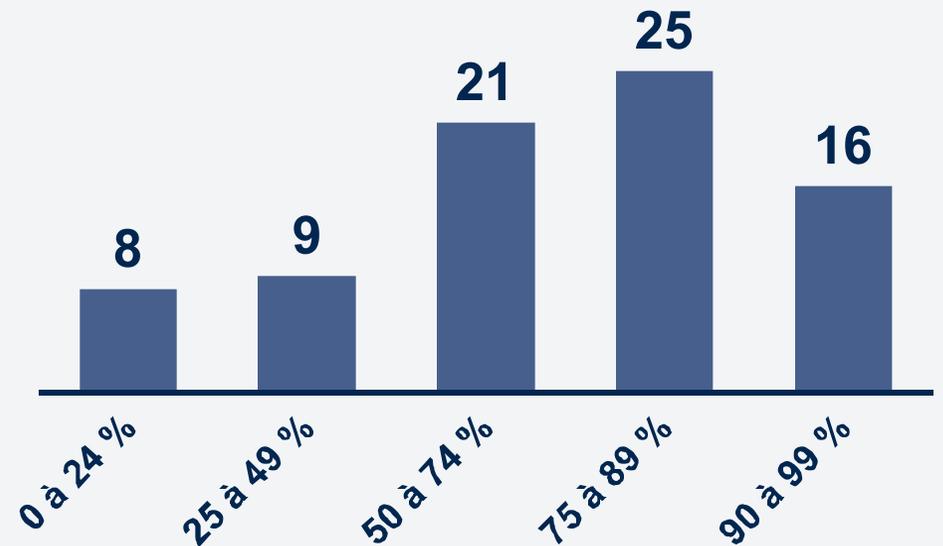
Ressources		% d'atteinte P13 – An 1	Posture début 2024-25
16	Être une référence en développement durable	–	
17	Innovation – Partenariats	95 %	
18	Transformation de nos pratiques	• Nouveau Complexe Hospitalier (Pavillon D, Soins critiques, HEJ)	100 %
		• Centre externe en hémodialyse	100 %
		• Centre de service en psychiatrie	100 %
19	Transformation immobilière	• Plan Directeur Clinique et Immobilier (Dépôt au MSSS)	100 %
		• Centre de Procréation Médicalement Assistée (Lancement de l'appel d'offre construction)	80 %
		• Centre externe d'hémodialyse (Ouverture)	50 %
		• Centre de service en psychiatrie (Autorisation du dossier d'affaire)	–
20	Transformation logistique	92 %	
21	Transformation numérique	95 %	
22	Avancement du NCH	100 %	
23	Valorisation des données	98 %	
		92 %	

Projets prioritaires 2023-2024

132
projets
prioritaires :



Avancement des projets en cours



Culture du financement axée sur le patient



D'ici le 31 mars 2025, augmenter de 25 % (2 M\$) l'écart favorable entre le financement et les dépenses dans les secteurs d'activité ayant un financement axé sur le patient, sans détérioration dans tous les aspects de la performance (qualité, sécurité, pertinence, etc.) des soins et des services.

- **Objectif atteint** en radio-oncologie, coloscopie et imagerie médicale
- **Structure de gouvernance par programme** pour les projets de financement axé sur le patient
- **Important financement** pour développer les meilleures pratiques cliniques et administratives :
 - Informations précises sur l'utilisation des fournitures au bloc opératoire
 - Financement basé sur la valeur pour la trajectoire des implants cochléaires
 - Unité analytique du coût de parcours de soins et services – financement axé sur le patient pour le développement des nouvelles méthodologies de financement avec le MSSS
 - Mise sur pied d'une clinique ambulatoire pour l'obstétrique et les grossesses à risque élevé
 - Efficience améliorée * du centre de rendez-vous en imagerie médicale

* **Efficience améliorée** : Rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre

Nouvelle approche de soins

Avoir obtenu des résultats probants par le déploiement de la Nouvelle approche de soins dans les cinq hôpitaux.



L'Hôtel-Dieu de Québec

- Plusieurs initiatives, dont le rehaussement des caucus interdisciplinaires en préparation des congés, ont permis de **libérer du temps aux intervenants cliniques** pour le réinvestir dans l'épisode de soins
- Établissement de **cibles** qui mobilisent les équipes afin de consolider les pratiques dans une approche d'amélioration continue

Hôpital Saint-François d'Assise

- **466 admissions** de plus en utilisant seulement 2 lits de plus en moyenne
- Déploiement à l'urgence à l'aide d'une **ceinture noire Lean** *
- Légère amélioration de la satisfaction des employés : de **78 à 81 %**

Hôpital du Saint-Sacrement

En phase de démarrage

CHUL et Hôpital de l'Enfant-Jésus

En planification pour un démarrage à l'automne 2024

16 lits récupérés

* Ceinture noire Lean : Niveau de certification dans le système d'amélioration continue Lean

Pertinence des soins



D'ici le 31 mars 2025, atteindre le niveau 2 « Leadership » de la campagne « Choisir avec soin ».

- **Volet « Transfuser avec soin »** : certification obtenue et en maintien
- **Volet « Utilisation judicieuse des laboratoires »** : certification obtenue et en maintien
- **3 projets autogérés en cours** : anaphylaxie, opioïdes et immunoglobulines
- **Projet « leadership et accompagnement »** en cours de négociation

Sécurité des soins – Accidents-incidents



D'ici le 31 mars 2025, diminuer de 5 % le nombre d'accidents de gravité E1 et plus.

- **Plan revu** pour tenir compte du rehaussement de la cote de gravité de certains événements par le Ministère
- Selon l'estimation de la nouvelle mesure initiale et de la cible correspondante, **faible réduction des accidents de gravité E1 et plus**

Sécurité des soins – Prévention et contrôle des infections (PCI)



D'ici le 31 mars 2025, améliorer le taux global de conformité à l'hygiène des mains de 10 % afin de contrôler la transmission nosocomiale* de pathogènes.



Diminution de 4 points de pourcentage du taux global d'hygiène des mains (55 %)



Révision des plans d'action d'hygiène des mains des directions cliniques



1/54 unité de soins a atteint la cible de 80 % (USI L'HDQ)



Dépôt d'un plan stratégique de promotion de l'hygiène des mains



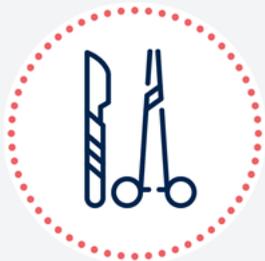
1/54 unité de soins a eu un pourcentage d'augmentation de plus de 10 % (4400-L'HDQ)



Nombreuses activités innovantes pour promouvoir l'hygiène des mains mises en place

* Nosocomiale : infections développées en milieu hospitalier

Accès à la chirurgie



D'ici le 31 mars 2025, améliorer les délais d'accès de façon à :

- **réduire à zéro** le nombre de patients en attente depuis plus de 12 mois, pour toutes les spécialités chirurgicales
- **augmenter à 85 %** la proportion des patients en oncologie opérés dans un délai de 28 jours
- **augmenter à 100 %** la proportion des patients en oncologie opérés dans un délai de 56 jours

- **Augmentation** de la liste d'attente globale de 2 700 patients
- Entente 108* pour la chirurgie **utilisée à 150 %** du besoin initial signifié
- Entente 108* pour la cataracte **déployée le 22 avril 2024**
- **Diminution de 30 %** du nombre de patients en attente depuis plus d'un an (de 4,3 à 2,7 %)
- **Cogestion médicale avec le comité de vigie** pour diminuer le nombre de patients en attente depuis plus d'un an et assurer la priorisation selon les besoins cliniques des patients et les cibles

* Entente 108 : Entente avec un fournisseur de soins privé pour améliorer l'accès aux soins

Oncologie :

67%

pour les plus de 28 jours

97%

pour les plus de 56 jours



location d'un deuxième robot chirurgical pour diminuer les cas de plus de 56 jours

Accès aux plateaux techniques et diagnostiques



D'ici le 31 mars 2025, pour nos plateaux techniques en imagerie médicale et en électrophysiologie, augmenter la proportion d'examens réalisés selon des priorités cliniques prescrites :

- **priorité A :**
↑ de 10 % les patients traités en moins de 3 jours
- **priorité B :**
↑ de 5 % les patients traités en moins de 7 jours
- **priorité C :**
↑ de 5 % les patients traités en moins de 30 jours
- **priorité D :**
↑ de 5 % les patients traités en moins de 90 jours

- Comparativement à l'an passé :
 - **Même nombre d'examens réalisés**
 - **Nombre d'examens en attente + 17 %** (en raison du volume des demandes en constante augmentation)
- **Délocalisation du programme de médecine nucléaire** du Collège Ahuntsic vers le CHU en collaboration avec le Cégep de Sainte-Foy **en cours d'évaluation** afin de contrer à la pénurie de main-d'œuvre dans l'est du Québec
- **Approbation du projet « Optimisation du centre de rendez-vous en imagerie et électrophysiologie »** par le MSSS dans le cadre de projets en soutien au financement axé sur le patient
 - Automatisation des communications aux patients
 - Diminution du nombre de patients non venus à leur rendez-vous
 - Analyse de faisabilité pour donner accès aux patients à leur délai d'attente pour un examen prescrit
- Projet pilote pour assurer l'adéquation entre les examens en attente et l'offre de service de chacun des sites en IRM

Accès aux services ambulatoires spécialisés



D'ici le 31 mars 2025, pour nos services ambulatoires spécialisés, augmenter la proportion de patients pris en charge dans les délais en fonction de leur priorité :

- priorités A-B-C : ↑ de 5 % les patients traités en moins de 30 jours
- priorité D : ↑ de 5 % les patients traités en moins de 90 jours
- Mise en place de la **structure de gouvernance de l'accès** (stratégique, tactique)
- Développement du **tableau stratégique de gestion** de l'accès ambulatoire
- Développement du **logiciel de mutualisation des locaux** pour les besoins des secteurs ambulatoires non oncologiques
- **Parcours de formation** défini en vue de la mise en œuvre de l'Académie des agentes administratives

Efficacité opérationnelle des urgences



D'ici le 31 mars 2025, diminuer de 1 heure 30 ou plus la durée moyenne de séjour sur civière en santé physique dans nos cinq urgences.

- Durée moyenne de séjour en santé physique cumulative de P1 à P13 : 14 h (cible 13,5 h), soit une **amélioration de 1 heure** comparativement à 2022-2023
- Déploiement du **Système de mesure et de performance** : règle d'utilisation des ressources « urgence » et pilotage des priorités en cogestion médico-administrative
- Mise en place d'un **processus de gestion en temps réel** pour réduire les séjours sur civière avec l'équipe fluidité

Fluidité des épisodes de soins



D'ici le 31 mars 2025, augmenter de 500 le nombre d'admissions en réduisant le temps de passage hospitalier.

- Durée de séjour de l'ensemble des épisodes de soins **diminué de 5 heures**, soit **1 741 admissions supplémentaires**, malgré un taux d'occupation moyen inférieur de 16 lits
- Déploiement de projets en lien avec les **meilleures pratiques en fluidité hospitalière** :
 - Phase 1 de la salle de commandement à l'Hôpital Saint-François d'Assise
 - Suivi des séjours ainsi que planification précoce et conjointe des congés à l'Hôpital du Saint-Sacrement avec le MSSS
- **Plan de surcapacité hospitalière**

Alternatives à l'hospitalisation



D'ici le 31 mars 2025, référer 400 patients à des modalités alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

Volet ambulatoire



- Travaux pour le démarrage du **Guichet unique en médecine ambulatoire** de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (démarrage le 8 avril 2024)
- Travaux pour l'ouverture les **soirs, fins de semaine et jours fériés** de la médecine de jour à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (ouverture effective le 8 avril 2024)
- Intégration des **trajectoires d'accès rapide** en médecine interne et en neurologie

Volet suivi post-hospitalisation



- Déploiement de la **ligne téléphonique Info-Chirurgie** le 23 mars 2024 pour la clientèle de chirurgie générale hospitalisée
 - Formation de 16 infirmières pour répondre à la ligne téléphonique
- Déploiement d'un questionnaire aux usagers à domicile qui ont obtenu un congé plus rapidement, mais pour lequel nous assurons un suivi à distance
- Création des questionnaires
 - Intégration d'une application pour acheminer des questionnaires de suivi aux usagers

Volet Unité de soins virtuels (USV)



- Appel d'intérêt pour l'acquisition de la **technologie de surveillance** (plateforme et objets connectés) en cours
- **Élaboration des trajectoires** terminée
- **Projet d'évaluation et d'accompagnement en milieu réel de soins** par Marie-Pierre Gagnon, professeure et chercheuse, Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval

Attraction



D'ici le 31 mars 2025, augmenter de 5 % les embauches cumulatives dans l'ensemble des titres d'emploi du CHU en comparaison à la moyenne des trois dernières années.

- **2 719 embauches**, soit 15 % de plus que la moyenne des trois dernières années, dont :
 - **85 personnes issues de la main d'œuvre indépendante ont obtenu des postes réguliers**, principalement pour des postes d'agent administratif, préposé à l'hygiène et salubrité et préposé aux services alimentaires
 - PAB, profil étudiant en soins infirmiers : **160 embauches de plus**
 - Préposés à l'hygiène et salubrité : **145 embauches de plus** (incluant les postes régularisés)
 - Préposés aux services alimentaires : **107 embauches de plus** (incluant les postes régularisés)
 - Préposés au retraitement des dispositifs médicaux : **36 embauches de plus**
 - Externes en soins infirmiers : **13 embauches de plus**

Fidélisation



D'ici le 31 mars 2025, cesser la progression des départs évitables* sur lesquels nous avons une influence, et ce, dans toutes les directions.

- 2 131 départs en 2023-2024, soit **472 de moins qu'en 2022-2023**
- 1 292 départs avec potentiel d'influence*, soit **158 de moins qu'en 2022-2023**
- 637 départs sans potentiel d'influence*, soit **263 de moins qu'en 2022-2023**
- 202 retraites, soit **51 de moins qu'en 2022-2023**

* **Départs évitables** : Départs pour lesquels nous avons un potentiel d'influence

** **Potentiel d'influence** : sur lesquels nous pouvons avoir une influence

Autogestion des horaires

5%

Déploiement dans les unités 24/7 comptant au moins 10 employés

100%

Unités cliniques

Horaires planifiés sur 3 mois : meilleure conciliation travail-vie personnelle, meilleure identification des enjeux de main-d'œuvre

Diminution de :

- 52 % du nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire obligatoire
- 10 % du pourcentage d'heures travaillées en temps supplémentaire
- 8 % du nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire

Planification de la main-d'œuvre renouvelée et durable



D'ici le 31 mars 2025, réviser 100 % des plans de main-d'œuvre pour toutes les directions afin de les ajuster aux besoins actuels.

- Constitution de la **structure de gestion sous le leadership** de la **Direction des ressources financières**
- Élaboration de la **méthodologie d'évaluation** pour les unités de **soins et de services infirmiers**
- **Plan de réalisation** en cohérence avec les besoins des objectifs du **nouveau complexe hospitalier (NCH)**

Santé et sécurité des travailleurs



D'ici le 31 mars 2025, avoir réalisé 100 % des actions découlant de nos matrices de risques de direction visant à mitiger les risques identifiés comme ayant une forte probabilité d'occurrence.

- **7** actions / **39** sont complétées
- Moyenne d'avancement global pour toutes les actions de 60 %

Innovation



D'ici le 31 mars 2025, avoir convenu de quatre nouveaux partenariats industriels en innovation en santé.

- **Indicateurs et trajectoires** en élaboration
- Réalisation du premier **Rendez-vous Biopartenariat** (93 inscrits; 70 présences)
- **Plus de 20 entreprises rencontrées** depuis l'ouverture du Bureau de l'innovation (décembre 2023)
- Mise en place et dotation de **75 % de l'équipe** du Bureau de l'innovation

Transformation de nos pratiques



D'ici le 31 mars 2025, avoir réalisé 100 % des transformations requises, selon la planification prévue, en ce qui a trait au :

Nouveau complexe

hospitalier (pavillon D, Soins critiques, HEJ) (cible de 77 %)

- **9 comités de coordination de la transformation**, dont 2 se sont déroulés en groupe élargi
- **40 projets de transformation** suivis, dont 5 sont terminés
- **Série de 7 ateliers** de transformation médicale en cogestion entamée

Centre externe en hémodialyse

(cible de 20 % en 2024)

- Appel d'offres déposé pour l'acquisition d'un **logiciel pour la néphrologie**
- Analyse en cours pour la **planification des ressources** humaines et financières

Centre de service en psychiatrie

- **Dossier d'opportunité** déposé et accepté par MSSS; rédaction du **dossier d'affaires**
- Élaboration du **plan de conception clinique intégré** pour les fonctionnements cliniques CHU et CIUSSS-CN
- Gouvernance du projet intégrée aux projets majeurs du CHU avec DGA projets majeurs, stratégiques numériques et excellence opérationnelle
- Actualisation du **plan de gouvernance** et **démarrage des comités**

Transformation immobilière



D'ici le 31 mars 2025, avoir réalisé 100 % des étapes pour les projets prioritaires stratégiques, selon la planification prévue, en cohérence avec les besoins cliniques des patients et des intervenants, en ce qui a trait au :

Plan directeur clinique et immobilier (dépôt au MSSS)

- **Atelier 1 – 3 mai 2023** : identification des principes directeurs pour baliser la prise de décision cohérente du PDCI
- **Atelier 2 – 14 novembre 2023** : exploration de scénarios de répartition de l'offre de service clinique
- **Préparation d'un atelier 3** sur la répartition des spécialités selon les besoins populationnels, l'offre de service et proximité selon les masses critiques de clientèles, inclusion des lits de pédopsychiatrie du CIUSSS-CN

Centre de procréation médicalement assistée (lancement de l'appel d'offre en construction)

- **Mars 2023** : présentation des scénarios d'implantation du projet et dépôt du plan d'affaires

Centre externe d'hémodialyse (ouverture d'appel d'offres)

- **Deuxième appel d'offres**

Centre de service en psychiatrie (autorisation du dossier d'affaires)

- **Dépôt du concept**
- **Dossier d'opportunité** déposé et accepté par le MSSS
- Rédaction du **dossier d'affaires**

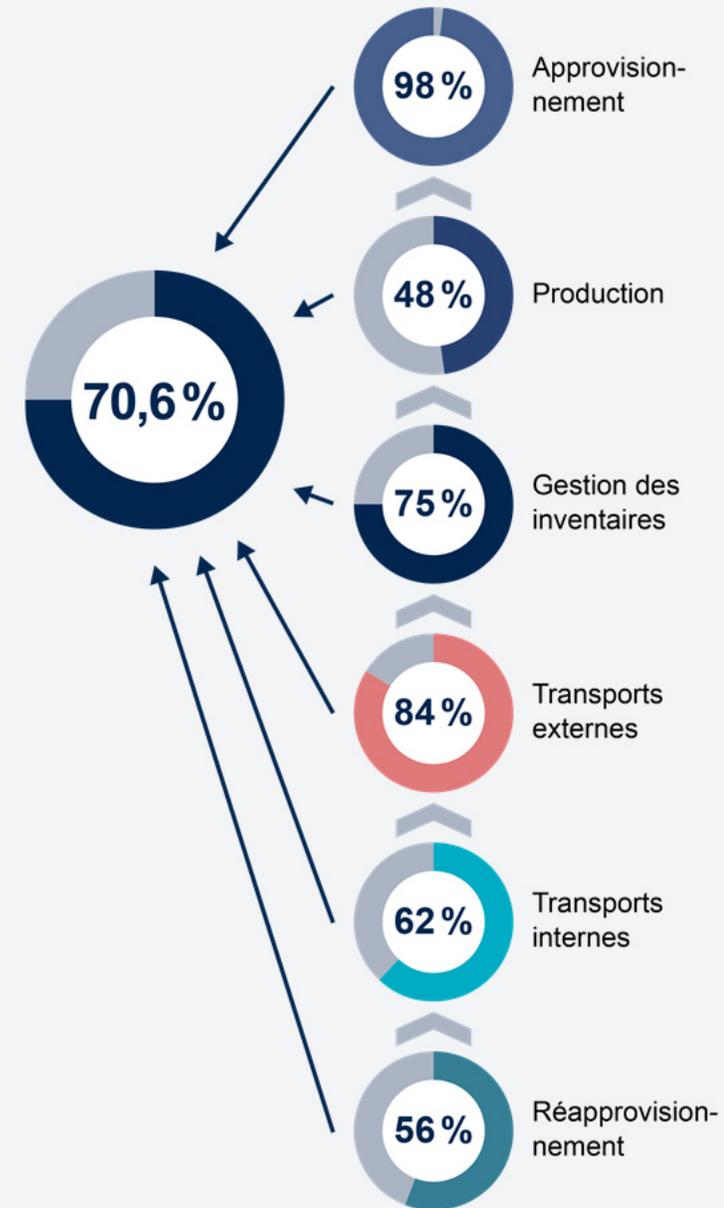
Transformation logistique



D'ici le 31 mars 2025, augmenter de 14 % l'efficacité de la chaîne logistique, selon le modèle de maturité développé, au bénéfice des intervenants et des patients.

L'évolution favorable de l'indicateur est directement liée à la progression des projets logistiques, tels que les prises en charge suivantes :

- transports externes de patients
- réapprovisionnements primaire et secondaire
- transports internes
- préparation des chariots de cas à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus



Transformation numérique



D'ici le 31 mars 2024, avoir réalisé 100 % du Plan de modernisation technologique (PMT) 2023-2024, tel que confirmé par le MSSS, et avoir terminé la planification du PMT pour l'année 2024-2025.

PMT 2023-2024

14 projets

95 % réalisés
selon les échéanciers

PMT 2024-2025

36 projets déposés par les directions

15 projets priorisés pour dépôt au
MSSS par le comités stratégique de
transformation numérique

Transition vers le nouveau complexe hospitalier (NCH)



D'ici le 31 mars 2025, avoir réalisé 100 % des étapes de transition, selon les échéanciers, en ce qui a trait aux composantes suivantes :

Centre de recherche (ouverture)

- Réhabilitation du bâtiment après un dégât d'eau nécessitant d'importants travaux de reconstruction
- **Déménagement prévu dans le courant de l'automne 2024**
- Analyses entamées pour occupation anticipée de certains locaux

Cyclotron (démarrage de la phase de certification)

- **Équipement livré le 25 mai 2023**
- Planification de l'activation réalisée
- Exécution de l'activation sera faite après **réception avec réserve prévue entre le 16 avril et le 2 juillet 2024**

Pavillon D (planification)

- Construction du Pavillon D grandement avancée
- Transition à débiter quelques mois avant la date de **réception avec réserve prévue entre le 16 avril et le 2 juillet 2024**

Soins critiques (préparation)

- Bâtiment ayant atteint sa hauteur finale
- Travaux de planification de la main-d'œuvre et de réaffirmation de la programmation clinique hospitalière et ambulatoire réalisés
- **Ouverture prévue en 2027**

Valorisation des données



D'ici au 31 mars 2025, 80 % des directions auront intégré à leur processus de prise de décision au moins un outil moderne d'intelligence d'affaires.

- Acquisition d'une infrastructure analytique moderne
- Démarrage d'une communauté de pratique regroupant les experts en intelligence d'affaires de l'ensemble des directions
- Développement et déploiement de plus de 10 outils modernes de gestion
 - Surveillance de la tendance de circulation des virus respiratoires
 - Suivi du temps supplémentaire obligatoire
 - Analyse de la performance financière du financement axé sur le patient en chirurgie
 - Tableau de bord pour le coût de parcours de soins et services
 - Première tuile du centre de commandement – Gestion des flux patients – lits
 - Outil d'évaluation et de comparaison de ses méthodes et processus à ceux de partenaires ou de concurrents. (benchmarking) financier

Être une référence en développement durable



D'ici le 31 mars 2025, évaluer et prioriser notre potentiel d'amélioration dans les 17 domaines de développement durable de l'ONU.

- **Établissement du premier répertoire des activités réalisées**, en cours de réalisation et planifiées en fonction des 17 domaines du développement durable de l'ONU
- **Prioriser des initiatives** qui améliorent visiblement la situation : en cours

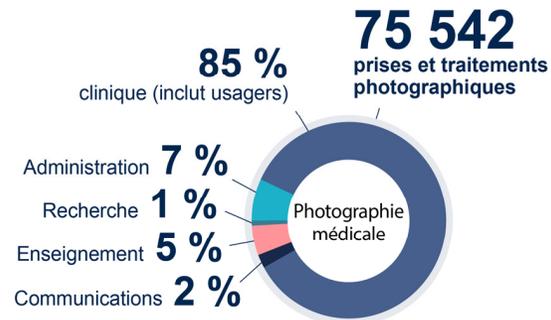
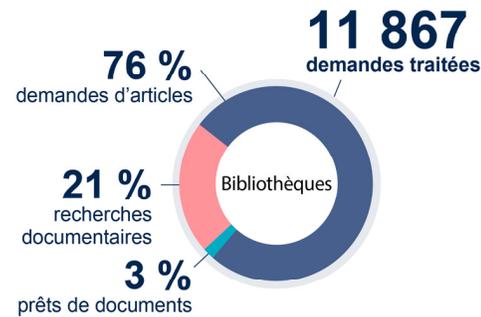
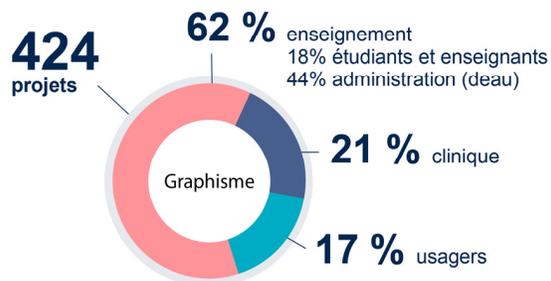
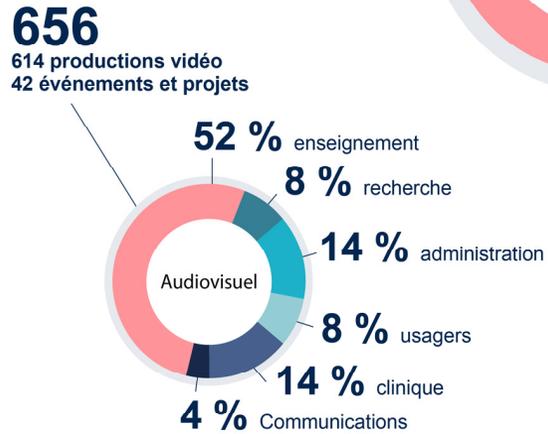
Nombre d'initiatives en cours en lien avec le développement durable	58 Consommation et production responsables	32 Travail décent et croissance économique	25 Mesures relatives à la lutte contre les changements climatiques	19 Bonne santé et bien-être	10 Eau propre et assainissement	9 Faim «zéro»	6 Industrie, innovation et infrastructure
		22 Villes et communautés durables	18 Paix, justice et institutions efficaces	15 Énergie propre et d'un coût abordable	8 Inégalités réduites	4 Égalité entre les sexes	5 Partenariats pour la réalisation des objectifs
					7 Éducation de qualité	1 Vie terrestre	4 Pas de pauvreté

Nos missions

universitaires,
régionales,
suprarégionales
et provinciales



L'enseignement



Développement du programme délocalisé de techniques en médecine nucléaire en collaboration avec le Collège Ahuntsic et le Cégep de Sainte-Foy :

- Reconnaissance de l'Hôpital Saint-François d'Assise comme lieu d'apprentissage pour les étudiants



Projet de littératie en santé en partenariat avec la Bibliothèque de Québec :



- Lancement de la collection Remèdes littéraires
- Déploiement de la passerelle d'abonnement

Participation aux initiatives régionales de gestion optimale des stages cliniques et de projets innovants en supervision du RUISSS-UL :

- Optimisation des capacités d'accueil et supervision en triades (Faculté des sciences infirmières)
- Modèle de supervision par les pairs (École de réadaptation)



Participation à la création de la table sectorielle en enseignement du RUISSS-UL

La recherche

3 838

intervenants

1 531

employés
de recherche,
étudiants
et personnel
administratif



1 215

étudiants
aux cycles
supérieurs
et stagiaires
postdoctoraux

1 092

chercheurs



106 031 104\$

de financement



1 372

publications

Fonds de recherche du Québec-Santé – évaluation positive : gouvernance, planification stratégique, réalisations, collaborations, activités pour étudiants.

Organisation de l'exposition « La recherche en santé, ça se découvre ici » aux Galeries de la Capitale et participation à l'événement « Au cœur de la santé durable » au Grand marché de Québec.

Création d'une chaire hospitalière innovante en diabète et maladies endocriniennes par les D^{rs} Claudia Gagnon, Anne-Marie Carreau et Sir John Weisnagel :

- Thèmes : obésité et diabète chez la mère et l'enfant, complications hépatiques du diabète, troubles osseux associés au diabète.
- Financement quinquennal de 750 000 \$ de la Fondation du CHU de Québec
- 30 équipes cliniques et de recherche pancanadiennes et internationales

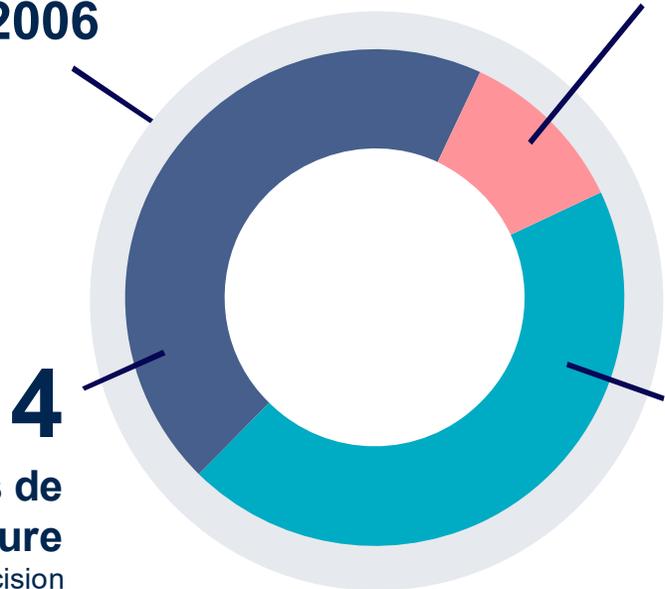
Les données présentées sont décalées d'une année et proviennent du Rapport annuel du Centre de recherche 2022-2023. Étant donné qu'il y a plus d'un lieu d'administration des fonds, une conciliation des données est requise entre les différents lieux de gestion.



L'évaluation :

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

9 nouvelles publications,
184 depuis 2006



4
revues sommaires de littérature
pour soutenir la prise de décision par le Comité d'introduction des pratiques innovantes

1
rapport de veille scientifique
pour la mise à jour de recommandations antérieures de l'UETMIS

3
évaluations et 1 revue des connaissances
pour soutenir la prise de décision par des équipes du CHU

Rayonnement

- Organisation du symposium « ETMIS : aujourd'hui et demain » (19 octobre 2023, Montréal) en collaboration avec d'autres UETMIS du Québec
- Présentations :
 - Health Technology Assessment International Annual Meeting (24 au 28 juin 2023, Adélaïde, Australie)
 - Preventing Overdiagnosis 2023 International Conference (14 au 16 août 2023, Copenhague, Danemark)

Collaborations

- Comité d'évaluation des pratiques innovantes : 4 revues sommaires de la littérature réalisées pour soutenir la prise de décision
- RUISSSUL :
 - Participation aux rencontres du Comité de gouvernance et à la Table de l'ETMISSS
 - Réalisation de 2 projets en collaboration avec des établissements partenaires
- Coordination et animation de la communauté de pratique des UETMIS du Québec
- Coordination du Club de lecture des UETMIS du Québec.

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale



37 employés,
dont **32** intervenants
en soins spirituels



3 publications
de la Revue
Spiritualitésanté

17 855
interventions
en soins spirituels
auprès d'usagers



Une garde **24/7** qui a
permis de réaliser 295
interventions urgentes
de soir et de nuit

Le CHU, par l'entreprise du Centre Spiritualitésanté, offre des services de soins spirituels dans l'ensemble de la Capitale-Nationale (36 installations réparties dans le CHU, le CIUSSS-CN et l'IUCPQ).

2023-2024

- Un poste supplémentaire est doté pour couvrir les **2 nouvelles maisons des aînés** de la Capitale-Nationale.
- Mise en application d'un **programme d'accompagnement des nouveaux employés** couvrant une période de 6 à 12 mois en fonction du niveau d'expérience.
- Rayonnement du CSsanté au **Colloque RESSPIR d'avril 2023 en Belgique** avec présentation sur la professionnalisation des soins spirituels au Québec.
- Le CSsanté s'est déplacé à Montréal pour **former les travailleurs de la communauté Crie** de la Baie-James au niveau des rituels spirituels.
- Contribution au **projet de prescriptions littéraires** en collaboration avec la bibliothèque du CHU de Québec.

Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC)

Réalisation de **100 %** des **195** chirurgies prévues (45 enfants et 150 adultes)

476 rehaussements technologiques d'implants réalisés à l'échelle provinciale

Poursuite de la collaboration et du partenariat avec le Centre de service de l'ouest de la province au CUSUM

11 chirurgies bilatérales simultanées réalisées

3 stagiaires en audiologie dans le secteur de l'implant cochléaire

Collaboration à la mise en place d'une structure de gouvernance et de priorisation de projets pour le Programme québécois en implant cochléaire

Offre de service pour les surdités unilatérales

6 cas pédiatriques et **6** cas adultes ont été traités (urgences médicales)



Obtention d'un financement basé sur la valeur pour la trajectoire des implants cochléaires à la suite d'un appel à projet du MSSS

Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)

2022*

80 700 naissances

78 809 dépistages

92 centres d'accouchement

98 % des nouveau-nés du territoire québécois

Plus de **95 %** des prélèvements effectués à moins de 48 heures de vie

362 nouveau-nés à risque d'un problème grave et dirigés vers un centre pédiatrique spécialisé

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

Conditions dépistées à la naissance

- **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**

Nouveaux services

Le CHU réalise depuis l'automne dernier le dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale et du désordre immunitaire combiné sévère chez les nouveau-nés du Québec.

De plus, des travaux sont en cours afin d'ajouter prochainement 4 erreurs innées du métabolisme à celles déjà offertes.



Le PQDNS vise à identifier rapidement les nouveau-nés à risque de problèmes rares, mais très graves, afin de commencer rapidement un traitement avant l'apparition de conséquences pouvant être permanentes, voire causer un décès.

Depuis la création du PQDNS en 1969, le CHU est l'unique fiduciaire 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)



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

Test de dépistage d'entrée 2023-2024

TEST BIOCHIMIQUE INTÉGRÉ :

- environ **20 000 femmes enceintes** se sont prévaluées de cette offre de dépistage prénatal
- **3,5 jours** : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission du rapport

3,1 % des cas ont montré un risque élevé de trisomie 21 ou de trisomie 18 et se sont vus offrir un TGPNI

TEST GÉNOMIQUE PRÉNATAL NON INVASIF (TGPNI) :

- environ **1 500 femmes enceintes de plus de 40 ans ou avec antécédent** de trisomie se sont prévaluées de cette offre de dépistage prénatal
- **3,5 jours** : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission du rapport
- Environ **1 460 femmes enceintes (97 %)** ont montré un risque faible de trisomie 21, 18 ou 13 et **ont évité un test invasif**

2023-2024 : 40 000 grossesses dans le territoire de desserte du CHU de Québec-Université Laval

Bonification de l'offre de service pour donner accès aux grossesses gémellaires au printemps 2023.

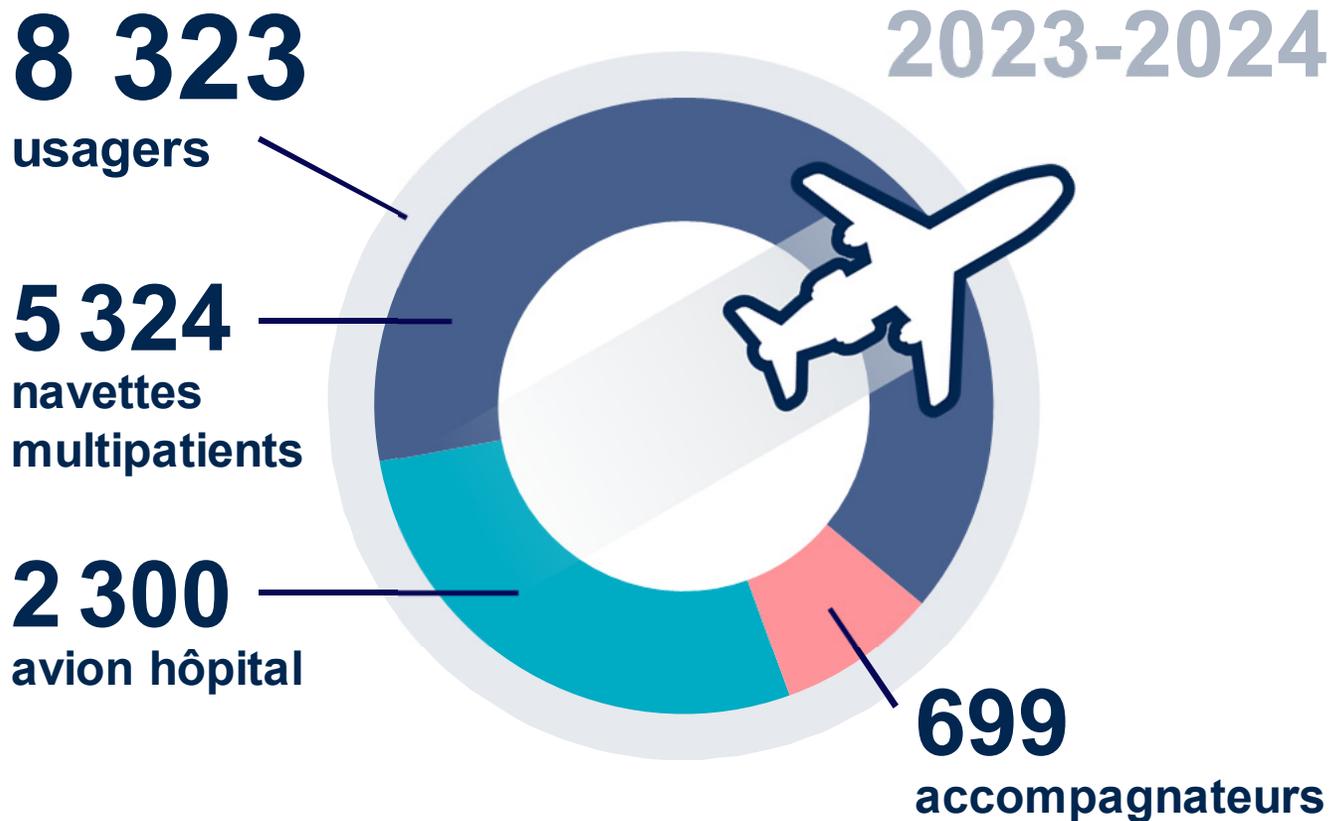
Test de dépistage en seconde intention

TEST GÉNOMIQUE PRÉNATAL NON INVASIF (TGPNI) :

- environ **770 femmes enceintes** se sont prévaluées de l'offre de dépistage prénatal
- **3,5 jours** : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission du rapport
- Environ **740 femmes enceintes (96 %)** ont montré un risque faible de trisomie 21, 18 ou 13 et **ont évité un test invasif**

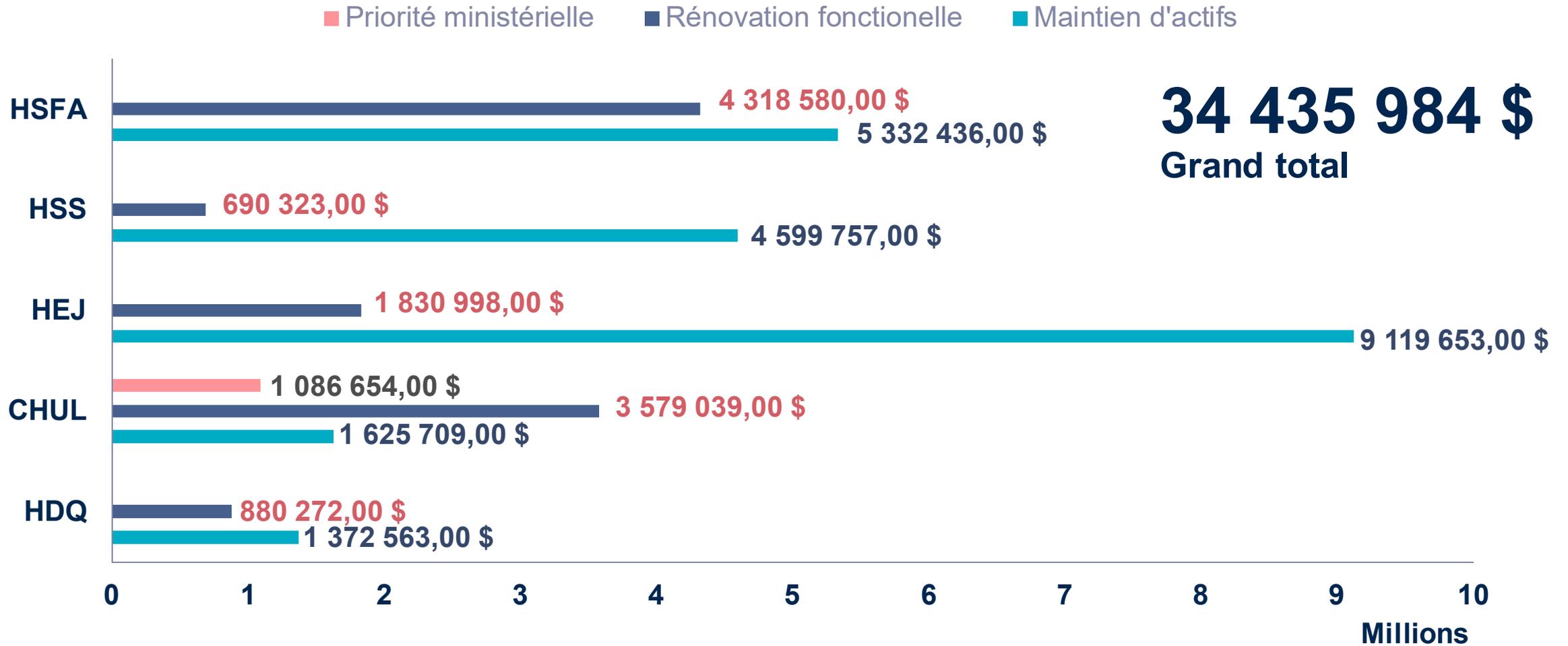
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) PROGRAMME PROVINCIAL

Depuis 1981, ÉVAQ a transporté plus de 131 000 usagers des régions éloignées et couvre un territoire de 1 667 926 km²



- **Feux de forêt été 2023** : contribution exceptionnelle d'ÉVAQ avec 278 patients évacués d'urgence des hôpitaux et points de services des régions touchées
- Conception et déploiement d'un **centre de coordination provincial des transferts aéromédicaux (CCPTA-ÉVAQ)**
- **Transport médical hélicoptéré (TMH) provincial** : réception du mandat pour le développement du volet clinique

Principaux projets de développement immobilier au CHU *



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

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

Chapitre IV : engagements annuels

ORIENTATION 1 : devenir un employeur de choix			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2023	Résultats au 31 mars 2024	Cible 2023-2024 de l'établissement
Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (indicateur annuel - portrait au 31 mars)	ND	74,9 % (CHU)	ND
Pourcentage des employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur	ND	27,7%	ND
Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (excluant les heures MOI des agents de sécurité)	ND	176 789	ND
Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones	67,47 %	87,7 %	100 %

Commentaires

Taux de rétention 0-12 mois de la cohorte d'embauche

Le taux de rétention du personnel embauché entre 0 et 12 mois pour 2023-2024 est de 74,88 %, comparativement à 70,93 % en 2022-2023. Nous avons même dépassé la cible de 71,3 %.

Une cible de fidélisation a été ajoutée dans notre plan bisannuel 2023-2025 visant à cesser la progression des départs évitables. Au 31 mars 2024 (période 13), cette cible est atteinte et nous notons même une diminution de nos départs évitables. L'amélioration de la fidélisation 0-12 est attribuable, notamment, aux bons coups du CHU suivants :

- instauration d'une philosophie de gestion qui se décline autour de quatre axes principaux (Fidélisation et mobilisation, Bien-être des intervenants, Proactivité et transparence, Développement professionnel);
- déploiement de cette philosophie de gestion, notamment par le développement dans chaque direction d'un plan d'action spécifique en priorisant les actions propres à leur réalité;
- développement d'une stratégie globale organisationnelle pour améliorer le climat de travail;
- nouvelle politique de reconnaissance avec ajout de plusieurs activités et moments de reconnaissance pour tous les intervenants;
- poursuite des efforts pour augmenter les possibilités de télétravail et d'aménagement du temps de travail;
- développement d'une nouvelle image de marque employeur pour fidéliser nos ressources actuelles, susciter la reconnaissance, mobiliser pour recruter et accroître la visibilité du CHU.

Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (excluant les heures MOI des agents de sécurité)

Un nombre total d'heures travaillées par les employés de main-d'œuvre indépendante (MOI) de 176 789 heures a été recensé au 31 mars 2023 (période 13), ce qui représente un écart de 9 647 heures avec la cible fixée. En excluant les agents de sécurité, le personnel administratif représente près de 90 % des heures en MOI au CHU. À la suite de l'adoption du nouveau Règlement visant à éliminer le recours à la MOI par le MSSS, le CHU s'est doté d'un plan d'action pour atteindre l'objectif de cesser le recours à la MOI d'ici octobre 2024. Ce plan se base sur trois piliers :

1. Favoriser la régularisation de ces personnes par la conversion de la MOI en embauches au CHU. Entre le 23 septembre 2023 et le 31 mars février 2024, 90 personnes issues de la MOI ont été embauchés au CHU (agents administratifs, préposés à l'hygiène et salubrité, préposés aux services alimentaires et techniciens en informatique). Spécifiquement pour la MOI du personnel administratif, depuis septembre 2023, nous sommes passés d'environ 130 à 26 personnes MOI.
2. Cesser graduellement le recours à la MOI. Au CHU, plus aucun nouveau mandat de MOI ne peut être octroyé depuis le 28 janvier 2024.
3. Miser sur la planification prévisionnelle de la main-d'œuvre. Des cibles d'embauche annuelles ont été planifiées pour les titres d'emploi visés par un recours à la MOI.

Les bloquants qui demeurent sont au niveau de la MOI dans les secteurs de l'informatique et des ouvriers spécialisés pour laquelle nous avons une absence de bassin de main-d'œuvre disponible aux conditions offertes par le réseau. Nous effectuerons un virage de nos contrats de MOI en contrats de service achetés comme moyen de mitigation face à cet enjeu majeur pour ces titres d'emploi. La MOI agent de sécurité (exclut de l'entente de gestion, mais inclus dans le plan stratégique) représente un enjeu considérant notre mode de fonctionnement historique de donner ce service en impartition* à des firmes privées. Un plan d'action a été rédigé spécifiquement pour ce volet avec une analyse de différentes options. Nous demeurons en attente d'une demande de dérogation effectuée auprès des autorités pour cette main-d'œuvre.

Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones

Au 31 mars 2024, 8 641 intervenants du CHU sont formés en sécurisation culturelle, ce qui correspond à un taux de formation de 79,4 % sur la base du nombre d'intervenants visés établi par le MSSS, soit 10 888. Afin d'atteindre la cible de 100 % dès que possible, la stratégie du CHU repose sur les trois actions suivantes :

1. Correction du nombre d'intervenants ciblés : selon les données du MSSS, le taux de formation en sécurisation culturelle serait de 75,82 % comparativement à 79,4 %. Après vérification dans les systèmes d'information du CHU, le nombre d'intervenants ciblés ne serait pas de 10 888 intervenants, mais de 9 858, ce qui correspond à un taux de 87,7 %. Lors de notre échange avec l'équipe de l'entente de gestion du Ministère (EGI-DPSRC** du MSSS), nous avons appris que d'autres établissements du réseau avaient aussi constaté une différence entre les taux calculés à l'interne et ceux du MSSS. La Direction des ressources humaines et la Direction de la performance, valorisation des données et transformation numérique ont accepté de participer à une démarche avec l'équipe de l'EGI-DPSRC du MSSS afin d'expliquer la différence entre ces taux en posant l'hypothèse que le nombre d'intervenants ciblés pouvait occuper une place centrale dans l'équation.

• **Impartition** : contrat donné à un tiers

** **EGI-DPSRC** : Entente de gestion et d'imputabilité - Direction de la planification stratégique et de la reddition de comptes

2. Formation obligatoire à l'embauche : un processus systématisé fait en sorte que chaque nouvelle personne embauchée au CHU doit suivre la formation en sécurisation culturelle. Lors de la période printanière des embauches, entre 100 et 350 intervenants sont formés chaque mois.

3. Tournées régulières de sensibilisation et rappels : la navigatrice d'usagers autochtones, l'agente de liaison autochtone et l'agente de planification, de programmation et de recherche affectées au dossier autochtone profitent de toutes les occasions pour sensibiliser et rappeler cette formation importante obligatoire : rencontres, visites, gembas, passages dans les unités et services des installations. En espérant que l'actuelle saison des embauches permette d'atteindre notre cible, nous vous prions de croire en l'importance que l'établissement accorde à la sécurisation culturelle.

Orientation 2 : être proactif et agir de façon préventive

Indicateur	Résultat au 31 mars 2023	Résultat au 31 mars 2024	Cible 2023-2024 de l'établissement
Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours, excluant chirurgies de Moh's	75,9 %	67,2 %	85 %

Commentaires :

Pourcentage de patients opérés dans les délais prescrits en oncologie

Malgré nos multiples stratégies de priorisation, de déplacement d'activités chirurgicales dans les cinq hôpitaux du CHU et un comité de vigie bien mobilisé, le pourcentage d'ouverture de nos salles d'opération est limité par un manque de main-d'œuvre et représente un enjeu majeur à l'atteinte de cet objectif. La période estivale et la période des Fêtes ont grandement affecté notre capacité de production chirurgicale. Le nombre de patients en attente d'une chirurgie oncologique a aussi augmenté au cours de la dernière année. Cet indicateur cumulatif a donc souffert tout au long de l'année, malgré une amélioration sur quelques périodes.

L'arrivée d'un deuxième robot opératoire sur une base temporaire permettra aussi de diminuer le nombre de patients en attente de plus de 56 jours et de diminuer le temps d'attente global pour une chirurgie oncologique effectuée par robot.

Orientation 3 : offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2023	Résultat au 31 mars 2024	Cible 2023-2024 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (en minutes)	111,4	121,23	107
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	16,8	16,0	15,7
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (ensemble des chirurgies)	701	495	278
<p><i>Commentaires :</i></p> <p>Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (en minutes) L'écart à la cible est, en partie, attribuable à une augmentation de 4,7 % du nombre de visites dans nos urgences, et ce, particulièrement au niveau de la clientèle ambulatoire (clientèle arrivée par elle-même à l'urgence).</p> <p>En effet, nous notons une atteinte et même un dépassement positif en ce qui concerne le délai de prise en charge pour la clientèle sur civière avec un délai moyen cumulatif de 79 minutes à la fin de 2023-2024.</p> <p>Pour la clientèle ambulatoire, nous notons un écart de 54 minutes au-dessus de la cible pour un délai moyen de prise en charge s'élevant à 161 minutes. Parmi les éléments explicatifs, nous soulignons un besoin documenté d'effectifs médicaux à combler pour nos installations du CHUL et de l'HSFA. Des démarches conjointes avec les parties prenantes, dont le directeur régional de médecine générale (qui accorde les effectifs médicaux pour la région), la chef de département des urgences et le MSSS, sont en cours afin d'assurer l'adéquation des ratios de prise en charge, en cohérence avec l'achalandage, ainsi qu'une réorganisation à l'interne du déploiement des effectifs médicaux.</p>			

Notons finalement les défis de réorientation de la clientèle ambulatoire pouvant consulter dans un lieu autre que l'urgence (ex. : première ligne – sans rendez-vous GMF ou super clinique), limitant la capacité des urgences et affectant les délais de prise en charge. Une stabilité est observée quant au taux de réorientation vers la première ligne avec 7 % en 2023-2024 par rapport à 6,5 % l'année précédente. Les données concernant la clientèle qui peut être réorientée, mais qui ne l'est pas, faute de plages disponibles dans les milieux de première ligne, démontrent un besoin de plus de 3 000 plages manquantes mesurées en 2023-2024 pour combler l'écart et atteindre la cible de réorientation fixée à 15 %. Nous poursuivons des travaux en collaboration avec notre partenaire régional (CUISSS-CN) et les GMF en visant une adéquation du nombre de plages disponibles avec le besoin en 2024-2025.

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

Au 31 mars 2023-2024, bien que nous notons une amélioration cumulative de la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière de 0,8 heure comparativement à 2022-2023, la cible n'est pas atteinte. L'écart à la cible est multifactoriel, mais les DMS des clientèles vulnérables et complexes constatées expliquent une grande partie de l'écart.

Nous vivons une hausse de 11 % du volume pour la clientèle de 75 ans et plus ainsi qu'une augmentation de 2 % des visites en santé mentale, ce qui correspond à une hausse globale de 18 % du nombre d'admissions pour la clientèle de santé mentale pour l'année 2023-2024. La DMS sur civière de la santé mentale isolément est 32,1 heures en 2023-2024. De nombreux travaux sont en cours avec le CIUSSS-CN qui est responsable de ces clientèles et de la gestion de ces civières afin d'identifier des pistes de solution. Toutefois, soulignons l'atteinte et même le dépassement positif de la cible en ce qui concerne la DMS sur civière pour la clientèle en santé physique avec une durée moyenne à 14,0 heures, soit un gain de 1 heure, comparativement à 2022-2023.

Déployée à la fin de l'année 2022-2023, la nouvelle Direction adjointe à la fluidité travaille en collaboration avec l'ensemble des différents secteurs pour accélérer les processus d'admission et améliorer la gestion des épisodes de soins. C'est d'ailleurs avec sa collaboration que la Direction des soins critiques (DSC) et la Direction des services professionnels et des affaires médicales (DSPAM) ont mis en place, en avril 2023, le système de mesure et d'amélioration de la performance organisationnelle des urgences et de suivi de la Règle d'utilisation des ressources de l'urgence (SMPU-RUR). Ce système de mesure permet d'agir sur plusieurs indicateurs, dont la DMS sur civière à l'urgence. Une salle de pilotage déployée en cogestion médicale permet également de cibler des objectifs précis de la RUR et d'améliorer les DMS selon les enjeux propres à chacun des milieux.

D'autres travaux visant à réduire les consultations aux urgences sont en cours, tels que des projets favorisant l'alternative à l'hospitalisation, incluant l'identification des grands consommateurs à l'urgence. L'administration de médication en dehors des heures d'ouverture, en collaboration avec le CIUSS-CN, la possibilité d'admettre des patients sans requis de soins ainsi que des travaux pour comprendre les besoins en temps réel pour réduire les délais à l'urgence sont en place.

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (pour l'ensemble des chirurgies)

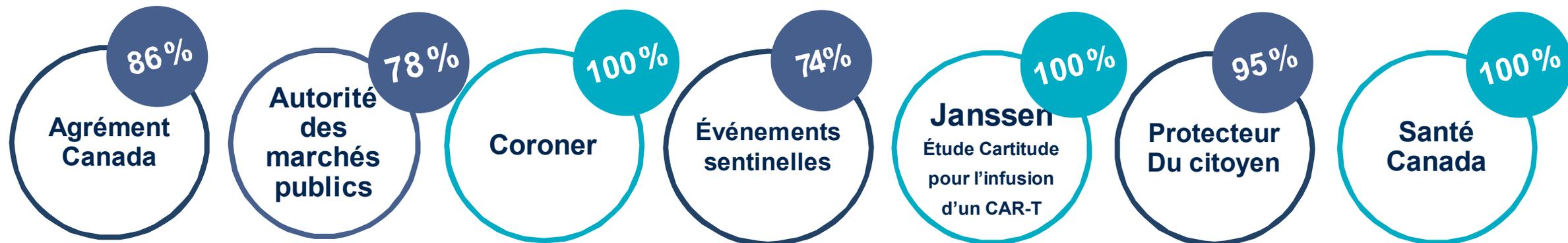
Le nombre de patients en attente de chirurgie depuis plus d'un an est en baisse importante depuis février, à la suite d'une révision des objectifs de production chirurgicale pour ces patients. Cet indicateur a connu de grandes variations en cours d'année et, tout comme pour la chirurgie oncologique, la baisse de notre capacité de production chirurgicale en période d'été et à la période des Fêtes a eu un effet dommageable sur le nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an. Le comité de vigie a mis en œuvre toutes les stratégies de planification chirurgicale permettant de prioriser cette clientèle en attente, sans pénaliser les autres clientèles ayant des besoins cliniques prioritaires.

Légende

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

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

Pourcentage de réalisation des recommandations faites par ces organismes



L'Agrément

Le CHU a eu la visite d'Agrément Canada, du 11 au 15 mars 2024, pour le cycle 2 – séquence 1. Les recommandations sont à venir pour cette visite.

Lors de la visite d'Agrément Canada du 28 novembre au 3 décembre 2021, le CHU a reçu 28 recommandations. Le CHU a répondu à dix recommandations en 2023 et quatorze recommandations ont fait l'objet d'une reddition de compte le 30 mars 2024, à la suite d'une prolongation du délai par Agrément Canada. Douze recommandations concernaient la pratique organisationnelle requise du bilan comparatif du médicament (BCM) aux points de transition.



AGRÉMENT
CANADA

Des réponses pour les recommandations suivantes ont été envoyées :

1. Les usagers à risque de suicide sont cernés.
 - a. Le CHU a intégré, à même le logiciel SIURGE, trois questions auxquelles tous les usagers doivent répondre lors du triage. En fonction des réponses reçues, des actions sont mises en œuvre si nécessaire.
2. Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.
 - a. En tout temps, les patients sont invités à revenir voir l’infirmière au triage si leur situation se dégrade avant qu’une réévaluation médicale soit effectuée.
 - b. Pour les patients à risque suicidaire, un algorithme est disponible, mais le jugement de l’infirmière peut avoir préséance sur l’algorithme selon la situation.
 - c. Pour le patient ayant répondu « NON » aux trois questions, donc absence de danger, la réévaluation est faite au besoin.

Pour le BCM aux points de transition, Agrément Canada demandait à recevoir la politique et procédure organisationnelle : ces documents ont été transmis.

3. Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l’admission, où il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d’information sont alors décelées, résolues et consignées.
4. Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
5. Au moment de l’admission ou avant celle-ci, le MSTP est produit en partenariat avec l’usager, la famille, le soignant et d’autres personnes, selon le cas, et consigné.

6. L'utilisateur, le prestataire de soins de santé extrahospitaliers et le pharmacien communautaire, selon le cas, reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.
7. Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le MSTP est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
8. Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission, où il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.
9. Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
10. Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.
11. Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le MSTP est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.
12. Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.
13. Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec l'utilisateur et la famille ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.
14. Lors de la dernière visite en soins ambulatoires ou lors du congé d'une clinique ambulatoire, l'utilisateur et le prochain prestataire de soins (par exemple le pharmacien communautaire) reçoivent la liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur doit prendre à la maison ou dans son milieu de vie.

Autres recommandations adressées à l'établissement

Autorité des marchés publics

N° du rapport	Date du rapport	Observations	ÉTAT DES SUIVIS	
			Date de fermeture	Commentaires
Dossier 20230525-05 / SEAO 1714042 H23-0300JOR systèmes vidéo endoscopies	31 mai 2023	L'appel d'offres respecte-t-il le principe de traitement intègre et équitable des concurrents du fait d'exiger pour des entreprises soumissionnaires, autres que le fournisseur en place, de devoir fournir certains équipements médicaux, et ce, sans frais?	1 ^{er} septembre 2023	Poursuivre le dossier sans changement/ processus A.O. débloqué sans changement aux devis.
H23-0324HLT (SEAO 1703858) dossier victretomie	16 juin 2023	Suivant la réception d'une communication de renseignements, il appert qu'une exigence de conformité mentionnée dans le devis technique de l'appel d'offres H23-0324HLT aurait pour effet de restreindre la concurrence.	26 juillet 2023	Aucune recommandation à la suite de l'enquête/ contrat accordé.
PRÉENQUÊTE G23-0112PRO (SEAO 1693291) fournitures pour appareil d'aphérèse	28 juin 2023	Contrat fractionné pour éviter d'aller en AO.	21 juillet 2023	Aucune recommandation à la suite de l'enquête.

Autorité des marchés publics (suite)

N° du rapport	Date du rapport	Observations	ÉTAT DES SUIVIS	
			Date de fermeture	Commentaires
Mandat de vérification concernant les contrats conclus de gré à gré en vertu du paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 13 de la LCOP. La vérification sera du 1 juin 2021 au 30 juin 2023.	13 juillet 2023	Le CHU a été choisi parmi d'autres établissements pour réaliser une vérification concernant les contrats conclus de gré à gré en vertu du paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 13 de la LCOP.		Toujours en validation. Dépôt des conclusions en avril 2024.
G23-0112PRO (SEAO 1693291) fournitures pour appareil d'aphérèse	21 juillet 2023	Contrat fractionné pour éviter d'aller en AO.	27 octobre 2023	Aucune recommandation à la suite de l'enquête.

Autorité des marchés publics (suite)

N° du rapport	Date du rapport	Observations	ÉTAT DES SUIVIS	
			Date de fermeture	Commentaires
Demande d'information supplémentaire - contrat gré à gré — art.13 (4) - 1748635 - Acquisition de digesteurs aérobies	2 août 2023	À la suite de l'analyse d'un contrat conclu de gré à gré, publié le 26 juillet au SEAO, nous souhaitons obtenir des informations supplémentaires concernant les motifs pour lesquels votre organisation a conclu un contrat de gré à gré en vertu de la disposition prévue à l'article 13, al. 1, par.4 de la LCOP.	9 août 2023	Aucune recommandation à la suite de l'enquête.
Processus d'attribution du contrat de gré à gré P22-0915MJR (SEAO /1719113)	13 octobre 2023	Concernant le processus d'attribution portant le numéro P22-0915MJR/SEAO 1719113 – Contrat de service entreposage et transport pour le MSSS.		Dossier faisant toujours l'objet d'une enquête.
G22-1110HLT-SEAO 1682691	23 octobre 2023	L'AMP a, de sa propre initiative, décidé de procéder à cet examen pour vérifier le processus d'attribution ayant mené au contrat. Gré à gré Philips monitoring soins intensifs pédiatriques.	22 novembre 2023	Aucune recommandation à la suite de l'enquête.

Autorité des marchés publics (suite)

N° du rapport	Date du rapport	Observations	ÉTAT DES	
			Date de fermeture	Commentaires
T23-0914JOR / SEAO : 1765147	14 novembre 2023	Concernant le processus d'attribution portant le numéro Processus d'attribution du contrat Appareils d'électrophorèse sur gel et capillaire et les contrats qui y sont liés.	16 janvier 2024	Les démarches entreprises dans le cadre de cet examen ont révélé un manquement au cadre normatif applicable au regard des aspects analysés. À la suite de la vérification de l'AMP, le CHU a donc décidé de sa propre initiative d'annuler l'avis d'intention.

Janssen

Site	Service/Unité	Date rapport	Observation	Responsable	ÉTAT DES SUIVIS		
					Échéancier	Date d'implantation	Commentaires
L'HDQ	CIC	2023-06-07	Calibration not performed and/or not calibration stickers affixed on multiple pieces of equipment		2023-07-21	2023-07-21	

Santé Canada

			ÉTAT DES SUIVIS		
Date rapport	Critère	Observation	Échéancier	Date d'implantation	Commentaires
2023-04-21	Conservation	L'établissement n'avait pas veillé à ce que le sang soit toujours conservé dans des conditions ambiantes appropriées.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Équipement	La qualification et l'étalonnage de l'équipement utilisé pour la conservation du sang étaient inadéquats.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Équipement	L'établissement ne s'était pas assuré que l'équipement essentiel avait été validé, étalonné, nettoyé ou entretenu correctement.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Procédures opérationnelles	Les procédures opérationnelles ne satisfaisaient pas à toutes les exigences.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Procédure opérationnelle	Certaines procédures opérationnelles n'étaient pas respectées.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Procédures opérationnelles	L'établissement ne s'était pas doté de procédures opérationnelles pour toutes ses activités liées à la sécurité humaine et à la sécurité du sang.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Personnel	Les dossiers des qualifications, de la formation ou l'évaluation des compétences du personnel n'étaient pas toujours adéquats.	2023-05-23	2023-06-08	

Santé Canada (suite)

Date rapport	Critère	Observation	ÉTAT DES SUIVIS		
			Échéancier	Date d'implantation	Commentaires
2023-04-21	Système de gestion de la qualité	La vérification interne ne comprenait pas une évaluation permettant de déterminer si toutes les activités réglementées étaient conformes au Règlement sur le sang.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Installations	Les installations de l'établissement ne satisfaisaient pas à toutes les exigences.	2023-05-23	2023-06-08	
2023-04-21	Dossiers	Le contenu des dossiers n'était pas toujours complet, exact, lisible, indélébile et/ou facilement accessible.	2023-05-23	2023-06-08	

La sécurité et la qualité des soins et services

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

Plusieurs opportunités présentes en 2023-2024 ont agi comme levier significatif sur la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents dans la prestation des soins et services, notamment :

- L'augmentation du nombre des conférences offertes dans les maisons d'enseignement;
- Un premier mandat confié au CHU par le MSSS pour produire une formation provinciale en matière de gestion des risques, un second mandat du MSSS pour codiriger des travaux visant la prévention des chutes et des erreurs liées aux médicaments;
- La préparation de la visite d'Agrément Canada au regard des pratiques organisationnelles requises que sont la déclaration et la divulgation, l'intensification de la collaboration entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le comité d'évaluation de l'acte médical et la gestion des risques, qui a été à l'origine d'une riche complémentarité pour la sécurité des soins;
- La bonification de la composition du comité de gestion des risques afin d'accueillir des membres du comité ProActe;
- La rédaction d'un chapitre dans un livre de référence à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval;
- Des rencontres personnalisées pour réaliser l'objectif prioritaire portant sur la sécurité des soins dans le projet d'établissement 2023-2027.

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 = 1 523	% par rapport à l'ensemble des événements N = 14 260
Autres types d'événements Exemple : liés au dossier médical	562	37	4
Problèmes de retraitement des dispositifs médicaux **	536	35	4
Médication	194	13	1

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

Trois principaux types d'accidents	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents N = 12 737	% par rapport à l'ensemble des événements N = 14 260
Médication	5 209	41	37
Chutes	3 218	25	23
Autres types d'événements Exemple : liés au dossier médical	1 398	11	10

* **L'échelle de gravité** est un « outil servant à évaluer la gravité des conséquences découlant d'un événement ». Les incidents et les accidents sont donc tous classés selon un niveau de gravité; le moins grave étant "A" et le plus grave étant "I". Ce dernier est déterminé lors de l'analyse sommaire et non lors du processus de déclaration. Ce terme est donc présenté à titre informatif.

** **Retraitement des dispositifs médicaux** : ensemble des étapes de nettoyage, de désinfection et de stérilisation des appareils et instruments médicaux en vue de leur réutilisation.

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

Au cours de l'année 2023-2024, 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, d'analyses et des suivis requis. Pour ce faire, diverses expertises ont été sollicitées, dont celles en prévention des chutes et approches adaptées, du comité de sécurité des soins intensifs et du comité sur la sécurité des médicaments, du sous-comité de gestion des risques du NCH et d'équipes médicales en fonction des disciplines impliquées dans les événements indésirables à étudier.

Les membres du comité de gestion des risques ont accordé une attention particulière aux situations ci-dessous au cours de l'année 2023-2024 :

- Les chutes et la sécurité des médicaments;
- Les risques liés aux grands chantiers, dont le NCH;
- Les risques en temps de grève;
- L'évolution de la situation liée aux bactéries à bacilles à Gram positif, producteurs de carbapénémase (BGNPC);
- La vigie continue des accidents de gravité GHI sur une base hebdomadaire;
- La conformité, les résultats d'audits et suivis accordés en lien notamment avec les pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada, les trousseaux de soins sécuritaires et les mesures de contrôle.

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

- Prévention et mieux-être au travail;
- Sécurité transfusionnelle;
- Sécurité civile et physique;
- Radioprotection;
- Prévention et contrôle des infections;
- Sécurité informationnelle;
- Comité de prévention des chutes;
- Programme québécois des soins sécuritaires (pratiques exemplaires);
- Comité des incidents et accidents médicamenteux.

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

- Mise à jour de la bibliothèque de médicaments des pompes afin de retirer la possibilité d'utiliser l'entrée « INSULINE INTOX/ACIDOCÉTOSE » et éviter les surdoses d'insuline.
- Rehaussement de toutes les pompes Bbraun du CHU à la version « U » afin d'uniformiser les pratiques, d'augmenter l'efficacité des batteries et de faciliter les mises à jour des bibliothèques de médicaments afin de sécuriser leur administration.
- Ajout à toutes les pages du guide parentéral du CHU concernant les immunoglobulines de la mention « ATTENTION Produit sanguin servi par la banque de sang - Se référer à la méthode de soins CHU pour l'administration. Le Guide d'Ottawa ne doit pas être utilisé comme référence dans le CHU » afin d'indiquer aux utilisateurs les bons documents pour une administration sécuritaire.
- Modification au plan thérapeutique infirmier (PTI) du libellé du niveau de risque de chute permettant à l'intervenant d'y inscrire « modéré » ou « élevé », facilitant ainsi la prise de décision quant aux mesures à mettre en place et ainsi prévenir les chutes.
- Révision de la pratique concernant l'administration d'épinéphrine intraveineuse avec la seringue Lifeshield afin d'harmoniser les pratiques au CHU et rendre les soins plus sécuritaires.

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 2023-2024, les suivis et recommandations ci-dessous ont été effectués par le comité de gestion des risques :

- L'état de situation relatif aux bactéries à bacilles à Gram positif producteurs de carbapénémase (BGNPC) et les mesures prises adaptées en fonction des sites concernés;
- L'état d'avancement du plan d'action convenu avec la Direction régionale de la santé publique en lien avec le BGNPC;
- L'évolution du taux d'hygiène des mains avant et après un contact avec un usager et les différentes mesures mises en place pour encourager le lavage des mains.

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

Ce rapport présente les résultats des mesures de prévalence concernant l'utilisation des mesures de contrôle sur toutes les unités du CHU de Québec-Université Laval. Ces mesures se déroulent à deux reprises dans l'année, soit à l'autonome et à l'hiver. Le taux de prévalence représente le nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle a été appliquée sur une période de 24 heures divisée par le nombre total d'usagers hospitalisés.

Le tableau suivant témoigne des taux de prévalence des mesures de contrôles de 2019 à 2024, par site :

	2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023		2023-2024	
	Nov. 2019	Fév. 2020	Nov. 2020	Fév. 2021	Nov. 2021	Fév. 2022	Nov. 2022	Fév. 2023	Déc. 2023	Fév. 2024
HEJ	5,57 %	4,99 %	8,69 %	6,69 %	7,55 %	6,80 %	9,24 %	6,87 %	8,14 %	6,46 %
HSS	0,76 %	0,78 %	1,64 %	1,80 %	2,61 %	2,52 %	1,64 %	3,85 %	5,34 %	5,13 %
CHUL	1,32 %	0,94 %	2,13 %	1,36 %	2,56 %	0,50 %	2,36 %	1,09 %	1,96 %	2,40 %
HSFA	2,51 %	0,87 %	3,61 %	3,06 %	4,44 %	1,79 %	0,00 %	2,25 %	3,97 %	2,98 %
L'HDQ	0,80 %	0,00 %	0,80 %	0,00 %	2,59 %	2,13 %	0,00 %	0,86 %	2,42 %	1,68 %
CHU de Québec-Université Laval	2,19 %	1,52 %	4,08 %	2,75 %	4,42 %	3,13 %	3,44 %	3,44 %	4,55 %	3,78 %

En 2023-2024, pour l'ensemble des sites du CHU, le taux de prévalence pour l'utilisation des mesures de contrôle a subi une hausse s'apparentant aux données pré-pandémiques, où nous observons les taux les plus élevés des cinq dernières années. Une donnée inquiétante suivant la prise de mesure en décembre 2023 témoigne du fait que 71,43 % des mesures de contrôle utilisées étaient en outre justifiées par la présence d'un risque de chute. Malgré une augmentation significative des heures de surveillance constante (SC) par rapport à l'année passée, nous observons une augmentation du taux de chute de 79/10 000 jours présence (75/10 000 jours présence en 2023) ainsi que du taux de chute de gravité E2+, qui est passé de 1,8 à 2,1/10 000 jours présence. Parallèlement, nous observons que 30,2 % des mesures de contrôle en 2024 sont des SC, alors qu'elles n'étaient que de 25 % en 2023.

Face à ces constats, des actions spécifiques ainsi qu'une approche adaptée au besoin des usagers ont été mises de l'avant sur plusieurs départements dont la clientèle présente des comorbidités (incluant de la démence ou des limitations cognitives) pouvant mener à des risques d'agitation, des risques de chute ainsi qu'à des risques de violence. Ces actions visent à outiller les intervenants de l'organisation.

De plus, des mesures de sensibilisation globales ainsi que du soutien clinique ont été offerts afin de baliser à nouveau les règles d'utilisation des mesures de contrôle. L'objectif était d'aider les équipes à diminuer l'utilisation des mesures de contrôle et de favoriser l'utilisation des mesures de remplacement, et ce, en mettant de l'avant l'AAPA ainsi que la saine gestion des troubles comportementaux. Des capsules cliniques présentées sous forme de « labos express » sont offerts sur les cinq sites, et ce, de manière systématique. Enfin, compte tenu que le même constat a été soulevé l'année dernière, soit que les mesures de contrôle sont davantage utilisées à titre de « prévention » du risque de chute, le comité tactique sur les chutes, les mesures de contrôle et les surveillances constantes a mis de l'avant les recommandations suivantes :

- Allègement de la consigne concernant la mobilisation des usagers isolés Covid dans le document « Interventions permises pour prévenir la perte d'autonomie dans le contexte de précautions additionnelles ».
- Recensement des données d'isolement liées à des précautions additionnelles dans les rapports d'accidents/incidents sur les chutes afin de vérifier si une précaution additionnelle est contributive aux chutes.
- Présentation de kiosques hebdomadaires pendant le mois de la prévention des chutes afin de sensibiliser tous les intervenants du CHU sur les bonnes pratiques.

En outre, comme mentionné lors du dernier rapport, l'application informatisée relative aux demandes de surveillance constante est en place dans la quasi-totalité des unités et services. Cette application a pour objectif de centraliser et de standardiser le processus de demandes de SC ainsi que d'améliorer la collecte de données sur le sujet. Un tableau de bord a été créé et un suivi est effectué par la Direction des soins infirmiers. Un plan d'action concernant les mesures encadrantes de l'utilisation des SC verra le jour au printemps 2024. Finalement, le suivi de la mesure de prévalence des mesures de contrôle par site est fait au comité de gestion des risques du CHU.

Enfin, le comité Code blanc *, le comité paritaire de la violence ainsi que le comité SÉCU maintiennent leurs activités, lesquelles permettent de favoriser une approche préventive lors de mesures d'urgence, mais aussi lors de la présence de comportements violents au CHU de Québec-Université Laval.

* **Code blanc** : patient agressif



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

Au cours de l'année 2023-2024, voici les recommandations adressées à l'établissement.

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Finances	57	<ul style="list-style-type: none">• Ajuster ou annuler la facturation émise pour des frais de chambre, des frais de transport ou des frais à des non-résidents
Milieu et matériel	6	<ul style="list-style-type: none">• Approche et accompagnement auprès des parents d'intention en tenant compte de l'ensemble des dimensions éthiques et législatives et des pratiques cliniques probantes en la matière• Réduction de l'anxiété préopératoire auprès de la clientèle pédiatrique
Prestation des soins	5	<ul style="list-style-type: none">• Surveillance des usagers sur l'Unité des soins intensifs• Application des mesures de contrôle, particulièrement en ce qui concerne la documentation et la surveillance• Sécurité des contextes de départ des usagers, en particulier ceux en situation de vulnérabilité
Relations interpersonnelles	2	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilisation du personnel à la réalité des personnes en transition de genre• Identification et mise en place de mesures organisationnelles permettant d'offrir aux usagers de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre un milieu de soins plus inclusif

70 recommandations
au cours de l'année
2023-2024

57 à portée individuelle

13 à portée systémique

Ces recommandations sont
**implantées ou en cours
d'implantation**, dans le
respect des échéances
fixées

Les recommandations font l'objet d'un suivi jusqu'à leur implantation à la satisfaction du commissaire.



Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations des médecins examinateurs

Au cours de l'année 2023-2024, voici les recommandations des médecins examinateurs adressées à l'établissement.

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Accès	5	<ul style="list-style-type: none">• Transfert de dossier à un autre médecin spécialiste• Suivi des temps-réponses dans l'analyse des spécimens de pathologie• Complétion adéquate des dossiers
Milieu et matériel	1	<ul style="list-style-type: none">• Gestion de l'anxiété préopératoire en pédiatrie
Droits particuliers	2	<ul style="list-style-type: none">• Révision du processus de messagerie• Déclaration des incidents et accidents survenus au cours des soins
Prestation des soins	10	<ul style="list-style-type: none">• Processus d'analyse des spécimens en pathologie• Analyses de cas à des fins d'amélioration des pratiques médicales
Relations Interpersonnelles	13	<ul style="list-style-type: none">• Élaboration de règlements identifiant les pratiques médicales et les modes de fonctionnement en pédiatrie• Formation sur la prévention de l'incivilité et le harcèlement• Définition de créneaux de pratique appropriés

31 recommandations au cours de l'année 2023-2024

Ces recommandations sont implantées ou en cours d'implantation, dans le respect des échéances fixées

Le rapport annuel 2023-2024 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services est accessible sur le site Internet du CHU à l'adresse suivante :

<https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications.aspx>

Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement

Au cours de l'année 2023-2024, voici les recommandations du protecteur du citoyen adressées à l'établissement.

Catégorie	Nombre	Principaux sujets
Recommandations implantées à la satisfaction du Protecteur du citoyen		
Finances	12	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation financière des frais encourus par les usagers devant recevoir une hémodialyse à domicile (frais de déplacement et de stationnement en cours de formation, frais des travaux et d'électricité) • Remboursement des frais de transport d'un usager ayant été déplacé en transport médical adapté • Annulation ou ajustement de la facture d'usagers pour l'occupation de chambres
Milieu et matériel	3	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des effets personnels des usagers transférés vers l'urgence psychiatrique du CHUL • Remboursement des vêtements perdus par une usagère vers l'urgence psychiatrique du CHUL
Recommandations en cours de suivi avec le Protecteur du citoyen		
Finances	7	<ul style="list-style-type: none"> • Application de la Politique ministérielle de déplacement des usagers • Processus de complétion du formulaire de choix de chambre • Informations transmises sur les frais de chambre au moment du choix et en cours de séjour • Facturation des frais associés aux différents types de chambres sur les unités de soins • Informations indiquées au formulaire de choix de chambre

22 recommandations
reçues en 2023-2024

15 implantées
à la satisfaction du
Protecteur du citoyen

7 en cours de suivi
avec le Protecteur
du citoyen

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

Au cours de l'année 2023-2024, un avis du coroner adressait une recommandation à l'établissement. Celui-ci recommandait « la révision de la qualité de l'acte professionnel lors des consultations et, le cas échéant, de mettre en place des mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances ». Deux analyses approfondies ont été réalisées afin de s'assurer de considérer les disciplines médicales concernées. En conclusion, il n'y a pas lieu de modifier les pratiques cliniques actuelles. Cependant, les équipes restent à l'affût de nouvelles données scientifiques qui pourraient justifier l'ajustement du seuil de contrôle tomodensitométrique chez l'utilisateur anticoagulé et non complètement asymptomatique. De plus, cet avis a été partagé au sein de différentes équipes pour discussion clinique.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a transmis à l'ensemble des établissements du réseau de la santé du Québec les recommandations adressées à un établissement hospitalier régional en lien avec un décès par suicide. Cet avis a été transmis aux équipes cliniques qui pourraient être interpellées en pareilles circonstances à des fins formatives et préventives.

Coroner					ÉTAT DES SUIVIS	
Site	Numéro de rapport	Date de réception rapport	Conclusion	Recommandation	Date fin	Commentaires
HEJ		2023-11-01	Hémorragie cérébrale probablement causée par une chute dans les escaliers. Il s'agit d'un décès accidentel.	Réviser la qualité de l'acte professionnel posé lors des consultations auprès des différents médecins entre le 3 et le 5 mars 2023 et, le cas échéant, de mettre en place des mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en pareilles circonstances.	2024-02-27	Analyses approfondies réalisées.

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

Établissement / installation	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS	Total CHU
Nombre de mises sous garde préventives	118	23	19	19	15	194
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	18	()	7	()	8	41
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le Tribunal	17	()	8	()	7	40
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	9	()	()	()	()	23
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)	8	()	()	()	()	22

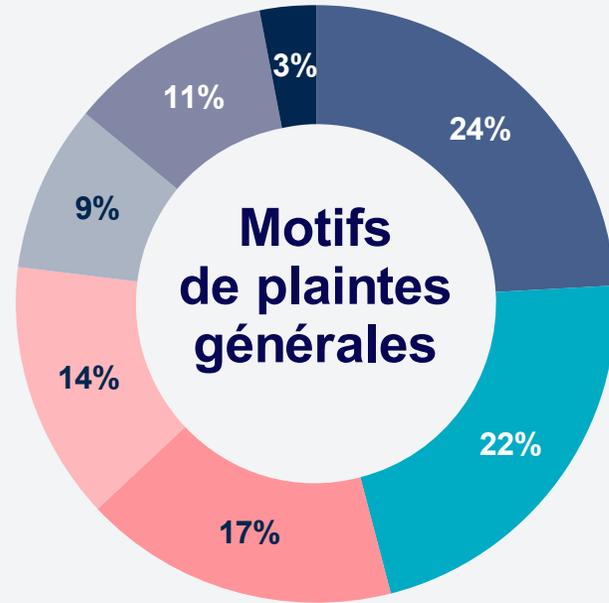
() : nombre trop petit pour en permettre la publication



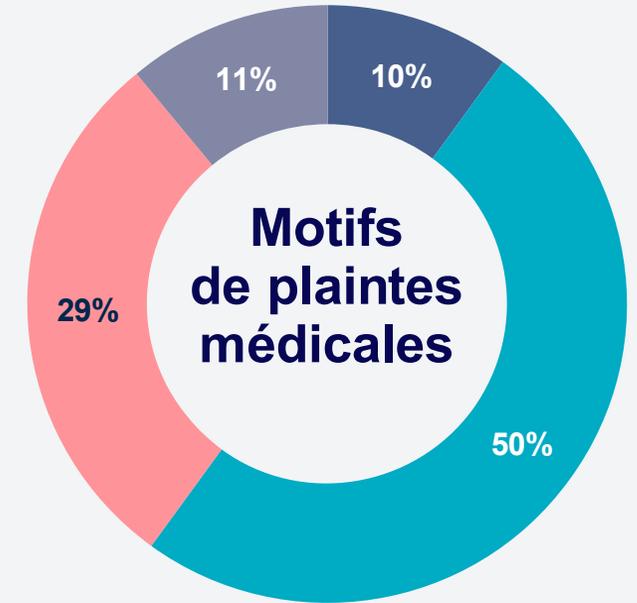
L'examen des plaintes et la promotion des droits



99,8 % des plaintes générales
ont été traitées dans le **déla**i de 45 jours
prévu par la Loi.



90,8 % des plaintes médicales
ont été traitées dans le **déla**i de 45 jours
prévu par la Loi.



- Accès
- Prestation des soins
- Relations interpersonnelles
- Milieu et matériel

- Finances
- Droits particuliers
- Maltraitance

Application de la politique concernant les soins de fin de vie

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

Exercice 2023-2024 : CHU de Québec-Université Laval – du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

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)	2 570
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	256
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	557
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	328
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	229
	Retrait de la demande : 20 Ne répond pas aux critères : 42 Décès avant l'AMM** : 30 Demande prise en charge par un autre établissement *** : 94 Demande en cours d'évaluation : 43	
	Évaluation de l'acte médical <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'AMM administrées évaluées : 384 <ul style="list-style-type: none"> 58 AMM administrées en 2022-2023 326 AMM administrées en 2023-2024 Tous les décès survenus avant l'administration de l'AMM ont été évalués et, lorsque nécessaire, les mesures correctives ont été apportées. 	

* Les données peuvent évoluer, même si la codification est majoritairement terminée pour cette période de temps.

** Données fusionnées : « Demande d'AMM transmise au CIUSSS » et « Patient transféré ou retour à domicile ».

*** Dossiers évalués par le sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie.

Les ressources humaines

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval



		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	Autres	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	319	169	108	273	74	8	951	1054
	Associés	30	11	9	26	8	1	85	
	Conseils	9	6	3	0	0	0	18	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	44	24	76	36	51	6	237	280
	Associés	6	2	6	26	2	1	43	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	183	0	0	0	0	0	183	192
	Associés	9	0	0	0	0	0	9	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
DENTISTES	Actifs	3	2	0	10	0	0	15	17
	Associés	1	0	0	1	0	0	2	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	

Les ressources financières



Utilisation des ressources budgétaires et financières par programmes et services



Budget 1,4 G \$

- Soins et services directs 75,53 %
- Administration 11,54 %
- Soutien aux services
- Bâtiments et équipements 6,75 %



PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	7 479 136 \$	0,53 %	11 876 122 \$	0,80 %	4 396 986 \$	58,79 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	966 730 \$	0,07 %	1 105 509 \$	0,07 %	138 779 \$	14,36 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	4 348 268 \$	0,31 %	4 649 493 \$	0,31 %	301 225 \$	6,93 %
Déficiences physiques	20 267 \$	0,01 %	15 085 \$	0,01 %	(5 182) \$	(25,57) %
Santé mentale	686 301 \$	0,05 %	706 793 \$	0,05 %	20 492 \$	2,99 %
Santé physique	1 091 814 263 \$	78,02 %	1 101 566 899 \$	74,29 %	9 752 636 \$	0,89 %
PROGRAMMES SOUTIEN	1 105 314 965 \$	78,99 %	1 119 919 901 \$	75,53 %	14 604 936 \$	1,32 %
Administration	105 656 188 \$	7,55 %	171 083 174 \$	11,54 %	65 426 986 \$	61,92 %
Soutien aux services	89 428 209 \$	6,39 %	91 673 585 \$	6,18 %	2 245 376 \$	2,51 %
Gestion des bâtiments et des équipements	98 960 340 \$	7,06 %	100 120 579 \$	6,75 %	1 160 239 \$	1,17 %
TOTAL	1 399 359 702 \$	100 %	1 482 797 239 \$	100 %	83 437 537 \$	5,96 %

Note : La proportion des charges d'administration a beaucoup augmenté au cours de la dernière année dû à des provisions salariales importantes en lien avec les négociations des conventions collectives qui sont entièrement comptabilisées dans les charges d'administration. S'il n'y avait pas eu de provision dans les résultats, la proportion des charges d'administration aurait été de 8,00% alors que celle de la santé physique, de 77,26%.



L'équilibre budgétaire



- En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (RLRQ, chapitre E-12.0001) et de l'article 387 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre A-42), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice.
- Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2024, l'établissement a respecté cette obligation légale



Les ressources budgétaires et financières Les contrats de service*



Dépense de **25 000 \$** et plus – 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

Total des contrats de service

35 991 180 \$

1. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.
2. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

* En respect de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2023-2024*

44 contrats de service

28 contrats de service
avec un contractant autre
qu'une personne physique¹

16 contrats de service
avec une personne physique²

Les ressources informationnelles



100 %

Mise en place des 15 mesures de cybersécurité **demandées par le ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN)**

100 %

Objectifs et niveau de maturité demandés par le MCN : mise à jour des systèmes d'exploitation, renforcement de la surveillance des tentatives de cyberattaque, mise en place d'un antivirus moderne et campagnes de sensibilisation à l'hameçonnage

Principales réalisations

- Soutien aux activités cliniques dans le cadre du Plan de modernisation technologique du MSSS
- Installation de 500 nouveaux postes informatiques pour soutenir les modalités au chevet
- Remplacement de 2 600 postes informatiques désuets
- **Réforme des processus de gestion pour les comptes à haut privilège pour réduire les risques de cyberattaque**
- **Activités de sensibilisation à la cybersécurité**
- **Maintien et rehaussement des infrastructures serveur**
- **Poursuite de la mise à niveau des serveurs Windows 2012**
- **Réingénierie des outils d'accès à distance et de télétravail**
- **DCI Cristal-Net** : stratégie de valorisation des données pour soutenir les activités d'évaluation, de qualité et de performance et ajout d'une fonctionnalité de justification d'accès à un dossier médical
- **Travaux préparatoires pour l'arrivée du système d'information de laboratoire provincial (SIL-P)**
- **Mise en œuvre de l'actif provincial de numérisation aux archives médicales**

La divulgation des actes répréhensibles

Pour l'année 2023- 2024, suivant une vérification auprès du responsable du suivi des divulgations, voici le **résumé des actes répréhensibles reprochés à l'établissement**

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

1 Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

2 Une divulgation peut comporter plusieurs motifs. Par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

3 Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

Annexes

Annexe 1 – Liste des abréviations

A

AAPA
Approche adaptée à la personne âgée
AMM
Aide médicale à mourir
ASSTSAS
Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

B

BER
Bureau d'éthique de la recherche
BGNMR
Bacilles Gram négatif multirésistants
BGNPC
Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (bactérie résistante aux antibiotiques)

C

C.A.
Conseil d'administration
CC
Comité de convenance
CCDG
Comité consultatif à la Direction générale
CD
Comité de direction
CDD
Centre désigné de dépistage

CDJ
Chirurgie d'un jour
CEBMEQ
Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est-du-Québec
CECDG
Centre d'expertise de la gestion de la douleur chronique
CER
Comité d'éthique de la recherche
CERE
Comité d'éthique de la recherche évaluateur
CEVBGEQ
Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec
CEVQ
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
CHU
Centre hospitalier universitaire
Ci
Clinibase
CIC
Centre intégré de cancérologie
CII
Conseil des infirmiers et infirmières
CIIAI
Conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires

CIME
Clinique interdisciplinaire de la mémoire
CIUSSS
Centre intégré de santé et de services sociaux
CMDP
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMES
Centre mère-enfant Soleil
CQEIC
Centre québécois d'expertise en implant cochléaire
CI
Clinibase
CSPP
Clinique spécialisée de pneumologie pédiatrique
CUO
Centre universitaire d'ophtalmologie
CVQ
Comité de vigilance et de la qualité

D

DEAU
Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DQEEAI
Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
DRHCAJ
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Annexe 1 – Liste des abréviations (suite)

DSC

Direction des soins critiques

DSPAM

Direction des services professionnels et des affaires médicales

E

EGI-DPSRC

Entente de gestion et d'imputabilité - Direction de la planification stratégique et de la reddition de comptes

EPI

Équipement de protection individuelle

ETC

Équivalent temps complet

ÉVAQ

Évacuations aéromédicales du Québec

eRV

ERenviezVous

F

FIC

Formulaire d'information et de consentement

G

Gesrisk

Gestion système d'information des risques

GMF

Groupe de médecine familiale

H

HEJ

Hôpital de l'Enfant-Jésus

HSFA

Hôpital Saint-François d'Assise

HSS

Hôpital du Saint-Sacrement

I

IDÉA

Institut d'éthique appliquée

IRM

Imagerie par résonance magnétique

IUCPQ

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

L

L'HDQ

L'Hôtel-Dieu de Québec

LFDAROP

Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

P

PACS

Picture Archiving and Communication System

PMT

Plan de modernisation technique

PQDCS

Programme québécois de dépistage néonatal sanguin

R

RUISSSUL

Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval

RSD

Rejection Sensitive Dysphoria

RITM

Réseau intégré de télécommunication multimédia

S

SASI

Santé, assistance et soins infirmiers

SCT

Secrétariat du Conseil du trésor

SISSS

Système d'information sur la sécurité des soins et des services

SLA

Sclérose latérale amyotrophique

SQI

Société québécoise des infrastructures

T

TDM

Tomodensitométrie

TEP

Tomographie par émission de positrons

TGPNI

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

TRI

Table régionale infirmière

U

UETMIS

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé

URDE

Unité de retraitement des dispositifs endoscopiques

URDM

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

PRÉAMBULE

La gouvernance d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle permet de maintenir et renforcer le lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population des soins et des services de qualité, une gestion transparente et intègre des fonds publics et assurer un lien de confiance avec la population desservie. Ce Code édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques des membres du conseil d'administration. L'éthique est de l'ordre du questionnement moral sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. La déontologie, quant à elle, fait référence à un ensemble de règles juridiques, morales et de conduite dont l'inobservation peut conduire à une ou plusieurs sanctions.

Conformément à l'adoption du Code d'éthique et du Cadre conceptuel en éthique du CHU par le conseil d'administration, celui-ci a le mandat de promouvoir une vision de l'éthique qui institue une culture transversale devant être la responsabilité de tous les intervenants et, au premier chef, de ses administrateurs et dirigeants.

Ainsi, les valeurs retenues par le CHU sont bienveillance, engagement, partenariat, transparence et amélioration continue, lesquelles ont inspiré les orientations stratégiques de l'établissement. Ces valeurs constituent les fondements du code d'éthique. Elles démontrent le respect de la personne et la détermination à bien servir les individus et la communauté.

Plus spécifiquement, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval intègre les exigences du CHU édictées en regard des principes de saine gouvernance et de transparence conformément aux responsabilités dévolues à l'établissement, incluant les exigences en matière de gestion des risques de collusion et de corruption auxquelles est tenu le CHU à titre d'organisme public.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CHU de Québec-Université Laval (l'établissement) :

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

Tout membre du conseil d'administration 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, incluant les obligations déontologiques qui le gouvernement à titre de membre d'un ordre professionnel. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

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*.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30).
- Le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (RLRQ, c. 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, c. S-4.2) (ci-après la LSSSS).
- 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, c. O-7.2) (ci-après la LMRSSS).
- La *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, c. C-65.1).
- La *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, c. T-11.011).
- La *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics* (RLRQ, c. D-11.1).

3. DÉFINITIONS

Dans le présent document, les mots suivants signifient :

- **Code**
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CHU élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.
- **Collusion**
Entente secrète entre deux ou plusieurs personnes dans le but de causer un préjudice à une ou plusieurs autres personnes ou d'atteindre un objectif prohibé.
- **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 LMRSSS.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- **Conflit d'intérêts**

Sans restreindre la portée générale de cette expression, toute situation pour laquelle un lien d'intérêt d'un membre du conseil d'administration introduit un risque d'affecter réellement, potentiellement ou en apparence son indépendance, son objectivité ou son impartialité dans l'exercice des responsabilités liées à son statut ou à sa fonction au sein de la gouvernance. Les conflits d'intérêts peuvent concerner un individu ou une organisation. Ils peuvent être de nature personnelle, professionnelle, matérielle ou financière. Les intérêts de nature familiale, politique, religieuse et idéologique peuvent aussi constituer une menace à l'indépendance, à l'objectivité ou à l'impartialité des administrateurs. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

- **Conflit d'intérêts apparent**

L'intérêt personnel, professionnel, matériel ou financier peut raisonnablement être perçu par un tiers comme existant, sans que cela soit pour autant démontré.

- **Conflit d'intérêts potentiel**

L'intérêt personnel, professionnel, matériel ou financier pourrait éventuellement influencer la prise de décision de l'administrateur, aux dépens de ses obligations et de son rôle, si elle ou il est appelé à exercer son jugement dans une situation spécifique.

- **Conflit d'intérêts réel**

L'intérêt personnel, professionnel, matériel ou financier du membre s'oppose aux obligations liées à son statut ou à sa fonction au sein du conseil d'administration et requiert des mesures pour assurer l'indépendance de manière objective et impartiale.

- **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, c. I-16).

- **Corruption**

Échange ou tentative d'échange où, directement ou indirectement, un avantage indu est offert, promis, octroyé, ou demandé, accepté ou reçu, en retour d'un acte de la part d'une personne exerçant une fonction publique.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- **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**
Dans l'esprit de l'article 131 de la LSSSS, pour le présent Code, les personnes suivantes sont considérées comme étant membres de la famille immédiate d'un administrateur : 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 bénéfice de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.
 - **Intérêt direct**
Action qui bénéficie personnellement et directement le membre du conseil d'administration, quelle que soit sa nature.
 - **Intérêt indirect**
Action qui bénéficie personnellement et directement à un tiers et indirectement à un membre du conseil d'administration, quelle que soit sa nature.
- **Membre**
Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- **Personne indépendante**

Tel que défini à l'article 131 de la LSSSS, 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**

Personne ayant la faculté de penser, de porter un jugement et d'agir conformément à des principes¹.

- **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 notamment tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement ou à un tiers. 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.

- **Tiers**

Toute personne qui n'est pas membre du conseil d'administration et qui pourrait bénéficier d'une décision prise par celui-ci.

4. CHAMP D'APPLICATION

Le présent code s'applique à l'ensemble des administrateurs du conseil d'administration du CHU.

¹ REID, Hubert, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, Édition 2016, consulté le 14 septembre 2021 sur le site Web : <https://dictionnaireid.caij.qc.ca/recherche#t=edictionnaire&sort=relevancy>

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

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 quatre 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 (probité, intégrité, impartialité, loyauté, compétence et respect) 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. Les décisions des membres du conseil d'administration doivent également respecter les valeurs de l'organisation, et être conforme avec sa mission, sa vision et son plan annuel. L'éthique est donc utile, notamment 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.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

Au regard des principes éthiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec probité, indépendance, objectivité, impartialité, 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, l'enseignement, la recherche et l'évaluation, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Coopérer 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 des quatre volets 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, les obligations de discrétion et de respect des règles en matière de confidentialité.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

8. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

Ainsi, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Probité, indépendance, objectivité, 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 les échanges entre les administrateurs.
- 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 Intégrité

- 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.

8.3 Respect

- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré son éventuelle dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré toute dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

8.4 Loyauté

- Agir dans l'intérêt supérieur du CHU, de sa mission de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation, et ce, conformément aux responsabilités du conseil d'administration telles que définies au sein des règles, processus et lois applicables.
- Faire preuve de retenue dans ses interventions lorsqu'une situation met en tension ses engagements envers le CHU et son appartenance à un autre groupe, organisation, conseil.

8.5 Impartialité

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

8.6 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 à la prise de décision.

8.7 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations 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, qu'en vertu du présent code et des règles en vigueur dans l'établissement.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- 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 sur ce sujet.
- Adopter des comportements cybersécuritaires.

8.8 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.9 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'y est pas autorisé.

8.10 Charge publique

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

8.11 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

8.12 Rémunération, 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.
- 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.

8.13 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, de l'octroi d'un contrat et de toute autre démarche interne, sauf lorsqu'il est explicitement prévu d'y participer.
- S'abstenir d'agir pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS, COLLUSION ET CORRUPTION

9. Il relève de la responsabilité de chacun des administrateurs de prendre les précautions nécessaires pour éviter en tout temps de se placer dans une situation de conflit entre ses intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de son mandat. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser son propre intérêt ou 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 pouvant soulever un doute sur sa capacité à s'acquitter de ses devoirs avec impartialité.
10. Le membre doit éviter de se placer dans une situation pouvant se qualifier de collusion ou de corruption au sens du présent Code d'éthique et de déontologie. De la même manière, il doit prévenir toute apparence de collusion ou de corruption et signaler toute situation qui pourrait se qualifier de collusion et de corruption.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

11. 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 doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les autres membres du conseil dans l'objectif de mettre de l'avant ses intérêts personnels ou professionnels.
12. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
13. 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* (cf. Annexes 1 et 2). 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.
- En début de mandat ainsi qu'en cours de mandat, le cas échéant, le membre doit également déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration tout intérêt autre que pécuniaire qui pourrait avoir un impact sur l'exercice de ses fonctions ou l'influencer dans l'exercice de ses fonctions.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

14. À tout moment en cours de mandat, 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* (cf. Annexe 3).
15. 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.
16. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation, ou sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.
17. Toute déclaration d'intérêts ou de conflit d'intérêts doit être signifiée au président du conseil d'administration et au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et application du présent code. Une déclaration de conflit d'intérêts pour un dossier spécifique peut se faire séance tenante et est consignée au procès-verbal de la réunion.

Section 4 – APPLICATION

18. 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* (cf. Annexe 4).

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.

Au début de chaque année financière, le président du conseil d'administration demande aux administrateurs de remplir le formulaire *Engagement et affirmation du membre* (cf. Annexe 4).

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

19. 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, en collaboration avec le bureau d'éthique appliquée;
- 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 spécialisées en éthique, 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, sauf 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.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

20. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

- 20.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme, au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique et de déontologie.
- 20.2** 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.
- 20.3** Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 20.4** 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.
- 20.5** 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.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

21. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 21.1** 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, laquelle serait déterminée en fonction de la nature et de la gravité du manquement.
- 21.2** 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 code en transmettant le formulaire *Signalement d'un comportement dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie, d'une situation de conflit d'intérêts ou d'une situation de collusion ou de corruption* (cf. Annexe 5) rempli par cette personne.
- 21.3** 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 présent 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 aux manquements reprochés. Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc. À défaut, le comité rend sa décision à partir des faits qui lui ont été présentés.
- 21.4** Le membre est informé que l'enquête 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* (cf. Annexe 6).
- 21.5** Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice naturelle, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 21.6** Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné un temps raisonnable pour connaître la nature du reproche, prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, préparer et 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, il ne peut pas participer aux délibérations du comité d'examen ad hoc ni à la décision du conseil d'administration.
- 21.7** Conformément aux dispositions de l'article 3.0.5 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, 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.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

- 21.8** 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 présent Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 21.9** Le comité de gouvernance et d'éthique prend acte du rapport du comité d'examen ad hoc et, le cas échéant, recommande au conseil d'administration la mesure à imposer au membre concerné.
- 21.10** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, le conseil d'administration se réunit à huis clos 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.
- 21.11** 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.
- 21.12** 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' 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.
- 21.13** 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.
- 21.14** 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, c. A-21.1).

Dans le cas où le membre du conseil d'administration visé par l'enquête démissionne avant la fin de l'enquête, le conseil d'administration peut cesser la procédure et remettre tout document en lien avec le dossier au secrétaire du conseil d'administration, qui le conserve au dossier.

Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration (suite)

22. 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 d'indépendance. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* (cf. Annexe 7), au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

23. 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 de membre 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.



Rédaction, coordination et production : Direction adjointe des communications et du développement organisationnel

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 accessible sur le site Internet du CHU au www.chudequebec.ca, en faisant la demande à la Direction adjointe des communications et du développement organisationnel 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 2024

Bibliothèque nationale du Canada 2024

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.

Les installations du CHU de Québec-Université Laval

Téléphone : **418 525-4444**

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, Québec (Québec) G2L 2Z3

Plateforme clinico-logistique

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