



Rapport annuel
de gestion

2022-23


CHU
de Québec
Université Laval

Table des matières

Message du président du Conseil d'administration et du président-directeur général _____	4	Objectifs prioritaires 2022-2023 _____	25
Déclaration de fiabilité de l'établissement _____	6	Bien-être et santé au travail _____	26
Le CHU en un coup d'œil _____	7	Accès aux soins et aux services _____	30
Programmes et services offerts _____	8	Meilleures pratiques au quotidien _____	35
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2023 _____	14	Façonner le CHU d'aujourd'hui et de demain _____	39
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives _____	15	Nos missions universitaires, régionales, suprarégionales et provinciales _____	46
Liste des membres du Conseil d'administration _____	16	L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval _____	47
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 _____	18	La recherche au CHU de Québec-Université Laval _____	48
Liste des principaux comités du Conseil d'administration _____	19	L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) _____	49
Les instances consultatives _____	20	Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale _____	50
Faits saillants de l'année _____	21	Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC) _____	51
Statistiques opérationnelles _____	22	Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS) _____	52
Une année au CHU de Québec _____	23	Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) _____	53
Plan annuel 2022-2023 _____	24	Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) _____	54
		Principaux projets de développement immobilier au CHU _____	55
		COVID-19 – Bilan de la dernière année _____	56

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité _____	59	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier) _____	99
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services _____	65	L'examen des plaintes et promotion des droits _____	100
L'Agrément _____	65	Application de la politique concernant les soins de fin de vie _____	101
La sécurité et la qualité des soins et services _____	68	Les ressources humaines _____	102
Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents _____	68	Les ressources financières _____	105
La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance _____	68	Les ressources informationnelles _____	108
La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance _____	68	État de suivi des réserves, commentaires et observations formulées par l'auditeur indépendant _____	109
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 _____	69	La divulgation des actes répréhensibles _____	111
Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales _____	71	Annexes _____	112
Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application de mesures de contrôle des usagers _____	72	Annexe 1 – Liste des abréviations _____	112
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations adressées à l'établissement _____	74	Annexe 2 – Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration _____	114
Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement _____	76		
Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suites aux recommandations _____	83		
Autres recommandations adressées à l'établissement _____	84		

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



Gaston Bédard
Président du conseil
d'administration



Martin Beaumont
Président-directeur général

En 2022-2023, bien que nous ayons encore eu à composer avec les mesures et impacts liés à la COVID, la vie a presque repris son cours normal au CHU de Québec-Université Laval (CHU) et, sans oublier de travailler sur les objectifs qui n'avaient pas été achevés l'année précédente, nous avons pu élaborer les grands contours de notre nouveau projet d'établissement 2023-2027. Celui-ci comprend la révision de notre vision et de notre mission, la mise à jour de nos valeurs ainsi que le développement d'un Vrai nord¹.

Voici un résumé des réalisations des équipes du CHU pour l'année financière 2022-2023. Elles sont présentées plus en détail dans les pages qui suivent.

Bien-être et santé au travail

En raison de la rareté de main-d'œuvre et de l'ensemble des défis que cela occasionne pour notre organisation, nous avons choisi de mettre le bien-être de nos collègues au cœur de nos priorités, en nous concentrant plus spécifiquement sur l'attraction de nouvelles ressources et la fidélisation de celles déjà en poste.

Pour faire en sorte que l'expérience des membres de nos équipes soit positive et leur permette de se réaliser pleinement, nous avons notamment instauré le projet de transformation des horaires dans une unité pilote au CHUL. Ce projet vise à planifier les horaires de travail du personnel infirmier sur six mois afin d'augmenter la prévisibilité et de faciliter la conciliation travail-vie personnelle pour nos intervenant(e)s. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont positifs et nous envisageons de permettre une prévisibilité minimale sur trois mois de même qu'une autogestion des horaires pour les autres unités d'ici la fin de la prochaine année.

Nous avons également favorisé l'accessibilité aux aménagements de temps de travail à plus de personnes, élaboré une nouvelle philosophie de gestion adaptée aux réalités actuelles et avancé nos travaux en matière d'équité, de diversité et d'inclusion.

Accès aux soins et aux services

Afin d'augmenter l'accès à l'hospitalisation, nous avons particulièrement concentré nos efforts sur la fluidité des soins et les services d'urgence. D'une part, une nouvelle Direction adjointe de la fluidité a été créée, tandis que divers projets, comme ceux de la télésanté, de la physiothérapie en accès direct dans nos cinq urgences et de la réorientation de la patientèle² ambulatoire à l'urgence vers les GMF, ont porté leurs fruits et ont permis de faire des gains significatifs.

De plus, l'ouverture de nos centres de rendez-vous s'est poursuivie, notamment pour les secteurs de la plastie et de la pneumologie. Rappelons que ces centres ont été créés pour assurer un accès équitable selon la condition clinique de chaque personne et simplifier la prise de rendez-vous.

Enfin, du côté des services chirurgicaux, les processus préopératoires ont été harmonisés, un système de gestion des blocs opératoires a été développé afin d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques, l'utilisation des ressources humaines a été optimisée aux blocs opératoires ainsi que dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux³, alors que plusieurs projets ayant pour objectif de diminuer la durée de séjour dans les unités de soins de chirurgie sont en cours.

1 Le **Vrai Nord** est un énoncé qui réfère à une orientation fondamentale et inébranlable qui définit la vision, les valeurs et les objectifs d'une organisation. Il représente une direction stratégique et des principes intemporels qui demeurent constants et immuables, peu importe les défis. Le Vrai Nord est la boussole qui guide les décisions et les actions de l'organisation en assurant la cohérence et l'alignement avec sa vision à long terme.

2 **Patientèle** : ensemble des personnes qui recourent aux services d'un même professionnel de la santé et, par extension, du même établissement de santé.

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

Meilleures pratiques au quotidien

Pour assurer l'accès aux soins, la satisfaction des intervenant(e)s dans leur rôle et la sécurité de la population desservie, le CHU a entrepris de revoir l'organisation du travail par la Nouvelle approche de soins (NAS). Basée sur l'accès, la collaboration et la pertinence, cette approche repose sur la collaboration des équipes cliniques, médicales et de soutien dans la recherche et l'implantation de solutions concrètes aux enjeux vécus. Deux projets pilotes sont en cours pour concrétiser cette approche et les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont prometteurs.

Nos équipes ont aussi poursuivi leurs efforts afin de réduire la transmission nosocomiale des pathogènes et de maintenir notre agilité dans les situations pandémiques. Mentionnons notamment que la progression des cas de bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC) a été remarquablement freinée avec une diminution du taux de colonisation de 64 %!

La transformation numérique, par le biais de notre plan de modernisation technologique, s'est également accélérée. Ainsi, ce sont 100 % des projets technologiques et 98 % des projets cliniques qui ont été réalisés.

Enfin, notre Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé a étudié une quinzaine de questions provenant de nos équipes et a produit plusieurs rapports qui visent à améliorer directement l'efficacité et la pertinence des soins. C'est également par notre leadership qu'a vu le jour la première communauté de pratique québécoise en évaluation des technologies et modes d'intervention en santé.

Façonner le CHU d'aujourd'hui et de demain

Notre plus grand projet de transformation est sans contredit le chantier du nouveau complexe hospitalier! Petit à petit, ses composantes sont achevées et sont prêtes à

recevoir nos équipes et notre patientèle. Par exemple, c'est en mai 2022 que notre nouveau bâtiment du Centre intégré de cancérologie (CIC), le plus grand centre de cancérologie au Québec et parmi les plus grands au Canada, a ouvert ses portes. Nos équipes ont également travaillé fort sur les autres composantes du projet, notamment le nouveau centre de recherche et le cyclotron.

Des travaux sont également menés afin de structurer la valorisation et le développement des innovations. Parmi ceux-ci, mentionnons que le CHU a contribué à l'élaboration de la première planification stratégique du Réseau des répondants provinciaux en innovation et a réalisé divers partenariats avec l'industrie pour des évaluations en milieu réel de soins. Un cadre d'implantation d'un bureau de l'innovation est d'ailleurs en préparation pour aider le CHU à mieux utiliser ses outils et ainsi orienter, soutenir et financer des solutions novatrices pour répondre à nos défis actuels.

Au CHU, l'innovation est au cœur des activités de notre Centre de recherche, qui est toujours le plus important centre francophone en Amérique du Nord, avec 3 700 personnes y œuvrant chaque jour ainsi qu'un financement de plus de 120 millions de dollars. Notre transformation est également en cours dans les autres volets de notre mission : en 2022-2023, nous avons élaboré notre première planification stratégique de l'enseignement et avons formé l'équivalent de plus de 200 000 jours de stage.

Ces projets menés avec cœur ne représentent qu'une fraction des réalisations de nos équipes. Chaque jour, dans nos installations, nos intervenant(e)s de tous les secteurs travaillent pour le mieux-être d'une population de plus de deux millions de personnes et se dévouent pour leur offrir les meilleurs soins et services qui soient.

Nous remercions tous les membres de nos équipes et tous nos gestionnaires pour leur engagement, leur dévouement

et leur expertise qui nous permettent de développer notre organisation et d'en faire un leader dans les quatre volets de notre mission : soins, recherche, enseignement et évaluation.

Nous désirons également souligner la contribution exceptionnelle de nos partenaires, et plus particulièrement celle de la Fondation du CHU de Québec, qui nous permettent d'innover, de prodiguer des soins de qualité et de toujours améliorer l'expérience patient.

Enfin, nous voulons remercier tous nos administrateurs qui font de notre Conseil d'administration un moteur de création de valeur pour notre grand CHU.



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 2022-2023 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 2023.



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

Le CHU en un coup d'œil

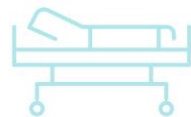
LE PLUS IMPORTANT
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE (CHU)
DU QUÉBEC
ET UN DES PLUS GRANDS
CENTRES HOSPITALIERS
AU CANADA

Notre mission

- Soins et services
- Enseignement
- Recherche
- Évaluation

Cinq hôpitaux

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



1 259
lits dressés

48 000

équipements
médicaux spécialisés,
dont la valeur
s'élève à

330 M\$



Territoire desservi

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

Clientèle potentielle

Près de
2 millions
de personnes



Enseignement



219 779 jours de stage
L'équivalent d'une école
de plus de **800** étudiants
à temps plein chaque jour

Recherche¹

Financement total :
120 172 817 M\$
Plus important
centre de recherche francophone
en santé en Amérique du Nord



Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

15 publications,
pour un total de **175**
depuis 2006

Personnel

12 086 employés

1 535 médecins,
dentistes
et pharmaciens

267 bénévoles

3 700 chercheurs réguliers et associés,
affiliés et honoraires, employés
du centre de recherche du CHU,
étudiant aux cycles supérieurs
et stagiaires postdoctoraux¹

Total

17 588 intervenants



¹ Données au 31 mars 2022. Les données au 31 mars 2023 seront validées au cours de l'automne 2022. Ces chiffres proviennent du Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2021-2022.

Programmes et services offerts

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

CHUL – Centre mère-enfant Soleil (CMES)

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
 • Hémato-oncologie pédiatrique
 Chirurgie cardiaque 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 développement
 Clinique du prématuré
 Clinique de retard de développement
 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
 Gynécologie pédiatrique
 Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique
 Immunologie-allergie pédiatrique
 Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique
 Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique
 Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse
 Médecine de l'adolescence
 Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique
 Médecine obstétricale
 Néonatalogie (soins intensifs néonataux)
 Néphrologie pédiatrique
 Neurochirurgie pédiatrique
 Neurologie pédiatrique
 Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring
 Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée
 ORL – audiologie : ancrage osseux
 ORL pédiatrique
 Orthopédie infantile et pédiatrique

Pédiatrie
 Physiatrie et réadaptation pédiatrique
 Pneumologie pédiatrique, incluant le programme de fibrose kystique
 Pouponnière
 Procréation médicalement assistée
 Programme Agir tôt
 Programme québécois de dépistage de la surdité neonatale
 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
 Transport néonatal provincial
 Urgence pédiatrique
 Urologie pédiatrique

Programmes et services offerts

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

Andrologie

Cardiologie

Centre d'expertise de la gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUISSUL

Centre de référence du Programme de prise en charge spécialisée de l'incontinence urinaire et de gestion des complications liées à la pose d'une bandelette

Chirurgie générale

Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie

Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Centre de prélèvements
- Consultations en oncologie
- Curiethérapie
- Gynéco-oncologie
- Hémato-oncologie
- Neuro-oncologie
- Plateau technique de radio-oncologie
- Radiooncologie
- Salle de traitement
- Service d'intervention rapide en oncologie
- Téléthérapie,
- Uro-oncologie

Dermatologie

Endocrinologie

Gastroentérologie

Hémodynamie

Immunologie-allergie

Infectiologie

Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse

Médecine dentaire

Médecine interne

Orthopédie

Rhumatologie

Soins intensifs

Soins palliatifs

Urgence adulte

Urologie et chirurgie mineure (hormonothérapie)

HEJ - Hôpital de l'Enfant-Jésus

Cardiologie

Centre d'aphérèse

Centre d'hémophilie

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

Centre de prélèvement

Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Consultations en oncologie
- Curithérapie
- Gynéco-oncologie
- Hémato-oncologie
- Neuro-oncologie
- Plateau technique de radio-oncologie
- Radio-oncologie
- Salle de traitement et service d'intervention rapide en oncologie
- Théothérapie
- Uro-oncologie

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

Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie

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

Centre suprarégional de neurochirurgie et de neuro-oncologie

Centre suprarégional en neurologie (tertiaire)

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)

Cliniques spécialisées en neurologie:

- Épilepsie
- Maladies neuromusculaires
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Clinique de neurovasculaire

Dermatologie

Endocrinologie

Gastroentérologie

Hématologie

Infectiologie

Médecine interne

Neuromodulation

Neuro-ophtalmologie

ORL

Orthopédie

Physiatrie

Pneumologie

Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)

Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques

Service de référence en oncologie

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
- Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
- Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein

Centre universitaire d'ophtalmologie

Chirurgie buccale et maxillo-faciale

Chirurgie générale

Chirurgie plastique

Dermatologie

Gastroentérologie

Médecine familiale hospitalière

Médecine interne

Ophtalmologie

Oto-rhino-laryngologie (ORL)

Physiatrie, volet fluoroscopie

Pneumologie

Psychiatrie

Soins palliatifs

Urgence

Urgence ophtalmologique

HSFA - Hôpital Saint-François d'Assise

Cardiologie
Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale
Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires
Chirurgie générale
Chirurgie gynécologique
Chirurgie vasculaire
Clinique du diabète adulte et gestationnel
Clinique de suivi des nouveau-nés vulnérables et des mères adolescentes
Clinique l'Envolée
Infectiologie (Clinique du VIH)
Médecine familiale hospitalière
Médecine interne
Obstétrique

Orthopédie
Otho-rhyno-laryngologie (ORL)
Planification des naissances
Pneumologie
Pouponnière
Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) et test génomique prénatal non invasif (TGPNi)
Soins intensifs
Soins palliatifs
Urgence
Urologie et cystoscopie à l'urologie

L'HDQ – L'Hôtel-Dieu de Québec

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

- Dermatologie/chirurgie de Mohs
- Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale
- Gynécologie oncologique
- Hémato-oncologie
- Médecine dentaire en oncologie
- Orthopédie oncologique
- Urologie oncologique

Chirurgie générale

Chirurgie hépatobiliaire

Chirurgie mineure

Chirurgie plastique

Chirurgie vasculaire et thoracique

Diabète

Endocrinologie

Épithésie

Gastroentérologie

Hématologie

Hémodynamie

Infectiologie

Médecine interne

Néphrologie

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

Neurologie

Nutrition parentérale à domicile

Orthopédie

ORL

Photothérapie

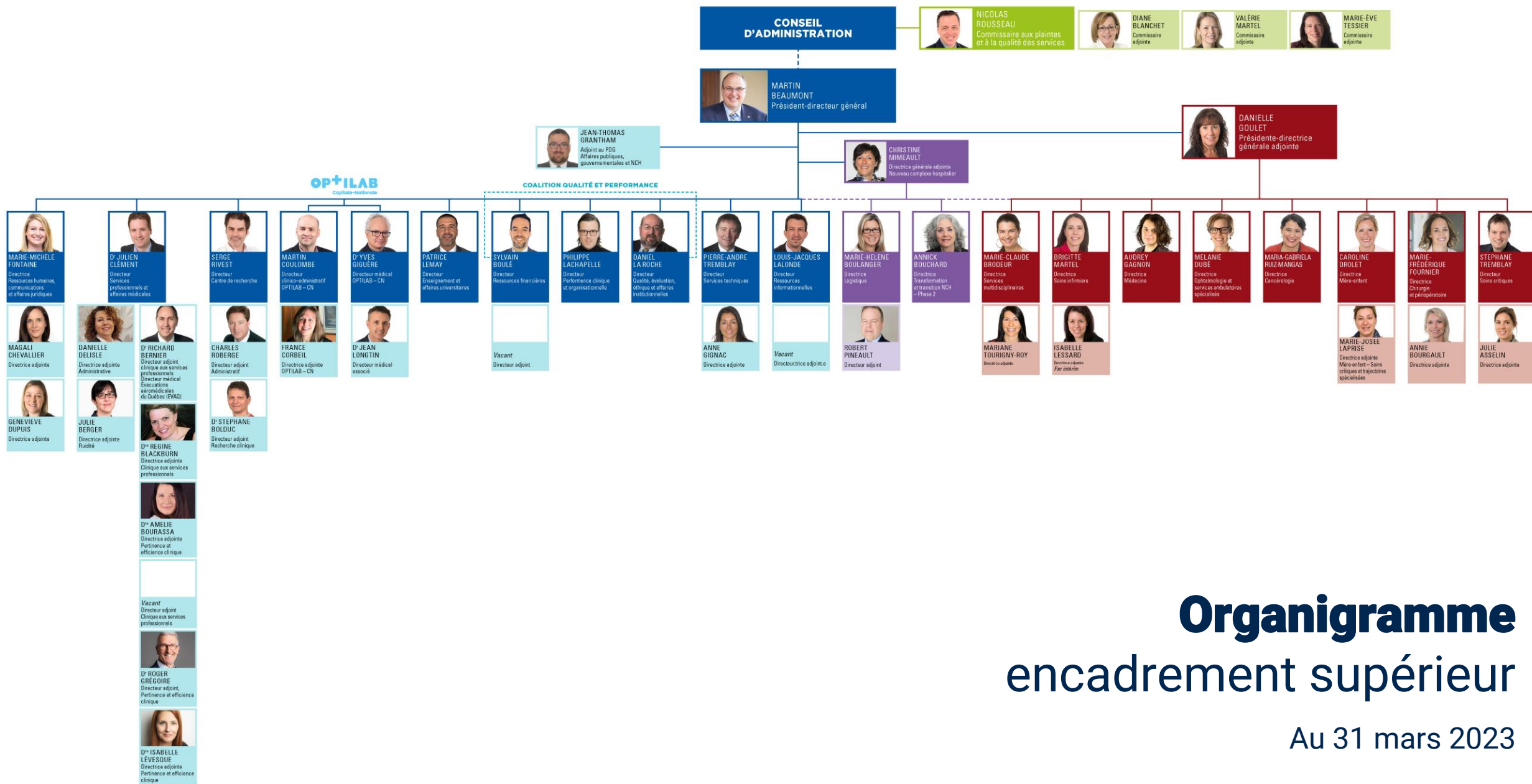
Pneumologie

Service aux laryngectomisés - Programme d'aide à la communication

Soins intensifs

Soins palliatifs

Urgence



Organigramme encadrement supérieur

Au 31 mars 2023

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>
Mme 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 (nomination le 11 novembre 2022)	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} Marianne Talbot (mandat terminé le 10 novembre 2022)	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>
M ^{me} Eugénie Brouillet	Représentante de l'Université Laval
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval
M. Pierre Tremblay (mandat terminé le 23 septembre 2022)	Membre observateur Fondation
M ^{me} Sylvie Tremblay (nomination le 6 février 2023)	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 2023, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2022-2023.

Le secrétaire du conseil d'administration,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Beaumont', with a large, stylized initial 'B'.

Martin Beaumont

Signé à Québec ce 8 juin 2023

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





Fournit des soins à 1 106 personnes hospitalisées

dont **62** en pédiatrie

Statistiques opérationnelles

Chaque jour, le personnel du CHU...



Admet 175 personnes dans ses hôpitaux

Réalise 20 accouchements
Fournit des soins à **53 nouveau-nés** pour des soins spécialisés



Reçoit **635** visites dans ses urgences :
147 arrivent en ambulance
81 sont hospitalisés

Reçoit **2 190** visites dans ses cliniques externes spécialisées :
1 793 visites adultes
397 visites enfants

Accueille **394** patients en médecine de jour



Accueille **221** patients dans ses blocs opératoires dont **133** patients en chirurgie d'un jour

Traite **200** nouvelles requêtes pour des chirurgies électives

Réalise **260** examens en endoscopie

Réalise **159** traitements en hématologie
Réalise **13** mises en traitement en radio-oncologie

Réalise **287** traitements en hémodialyse sous toutes ses formes



Réalise **60 669** procédures de laboratoire

Réalise **2 673** procédures d'imagerie médicale



Rédige **9 276** ordonnances de médicaments

Effectue **17 888** retraitements pondérés d'instruments médicaux

Assure l'entretien et le fonctionnement de plus de **48 000** équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à **330 M\$**

Entretien des superficies totalisant **487 723 m²**



Prépare et sert **7 825** repas

Une année au CHU

Chaque jour le personnel du CHU			Total pour l'année 2022-2023	Total pour l'année 2021-2022	
Fournit des soins à	1 106	PERSONNES HOSPITALISÉES	403 694	386 699	JOURS PRÉSENCE
dont	62	EN PÉDIATRIE	22 554	18 569	JOURS PRÉSENCE
Admet	175	PERSONNES DANS SES HÔPITAUX	63 732	62 096	ADMISSIONS ANNUELLES
Réalise	20	ACCOUCHEMENTS	7 472	7 842	ACCOUCHEMENTS
Fournit des soins à	53	NOUVEAU-NÉS POUR DES SOINS SPÉCIALISÉS	19 334	19 248	JOURS PRÉSENCE
Reçoit	635	VISITES DANS SES URGENCES DONT 147 ARRIVENT EN AMBULANCE	231 620	226 046	VISITES ANNUELLES
dont	81	SONT HOSPITALISÉS	29 554	27 613	ADMISSION À L'URGENCE
Reçoit	2 190	VISITES DANS SES CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES	543 114	550 229	VISITES ANNUELLES
dont	1 793	VISITES ADULTES	444 693	456 385	VISITES ANNUELLES
dont	397	VISITES ENFANTS	98 421	93 844	VISITES ANNUELLES
Accueille	394	PATIENTS EN MÉDECINE DE JOUR	97 655	91 908	VISITES ANNUELLES
Accueille	221	PATIENTS DANS SES BLOCS OPÉRATOIRES	54 926	52 256	PERSONNES OPÉRÉES
dont	133	PATIENTS DE CHIRURGIE D'UN JOUR	32 871	30 975	PERSONNES OPÉRÉES
Traite	200	NOUVELLES REQUÊTES POUR DES CHIRURGIES ÉLECTIVES	49 497	47 974	REQUÊTES

Chaque jour le personnel du CHU			Total pour l'année 2022-2023	Total pour l'année 2021-2022	
Réalise	260	EXAMENS EN ENDOSCOPIE	64 547	63 298	EXAMENS
Réalise	13	MISES TRAITEMENT EN RADIO-ONCOLOGIE	3 289	3 397	MISES EN TRAITEMENT
Réalise	159	TRAITEMENTS EN HÉMATO-ONCOLOGIE	39 464	40 406	TRAITEMENTS
Réalise	287	TRAITEMENTS EN HÉMODIALYSE SOUS TOUTES SES FORMES	71 082	77 717	TRAITEMENTS
Réalise	60 669	PROCÉDURES DE LABORATOIRE	22 144 367	22 195 344	PROCÉDURES ANNUELLES
Réalise	2 673	PROCÉDURES D'IMAGERIE MÉDICALE	662 844	614 303	PROCÉDURES ANNUELLES
Réalise	environ 5 par semaine	GREFFES DE MOELLE OSSEUSE	233	249	GREFFES
Réalise	95	TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES EN ONCOLOGIE	34 551*	26 046	TRAITEMENTS
Rédige	9 276	ORDONNANCES DE MÉDICAMENTS	3 385 733	3 224 384	ORDONNANCES
Effectue	17 888	RETRAITEMENTS PONDÉRÉS D'INSTRUMENTS MÉDICAUX	6 529 072	N/A**	RETRAITEMENTS
Prépare et sert	7 825	REPAS	2 856 091	2 816 692	REPAS
Assure l'entretien et le fonctionnement d'un parc de plus de	48 000	ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DONT LA VALEUR S'ÉLÈVE À 330 M\$			
Entretien des superficies totalisant	487 723	MÈTRES CARRÉS			
Accommode des personnes dans son service d'hôtellerie			339	8 258	JOURS PRÉSENCE

* Dont 2 667 en pédiatrie
 ** La donnée « retraits pondérés d'instruments médicaux » est une nouvelle mesure depuis cette année.

NOTRE VISION

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

NOS VALEURS

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

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

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

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

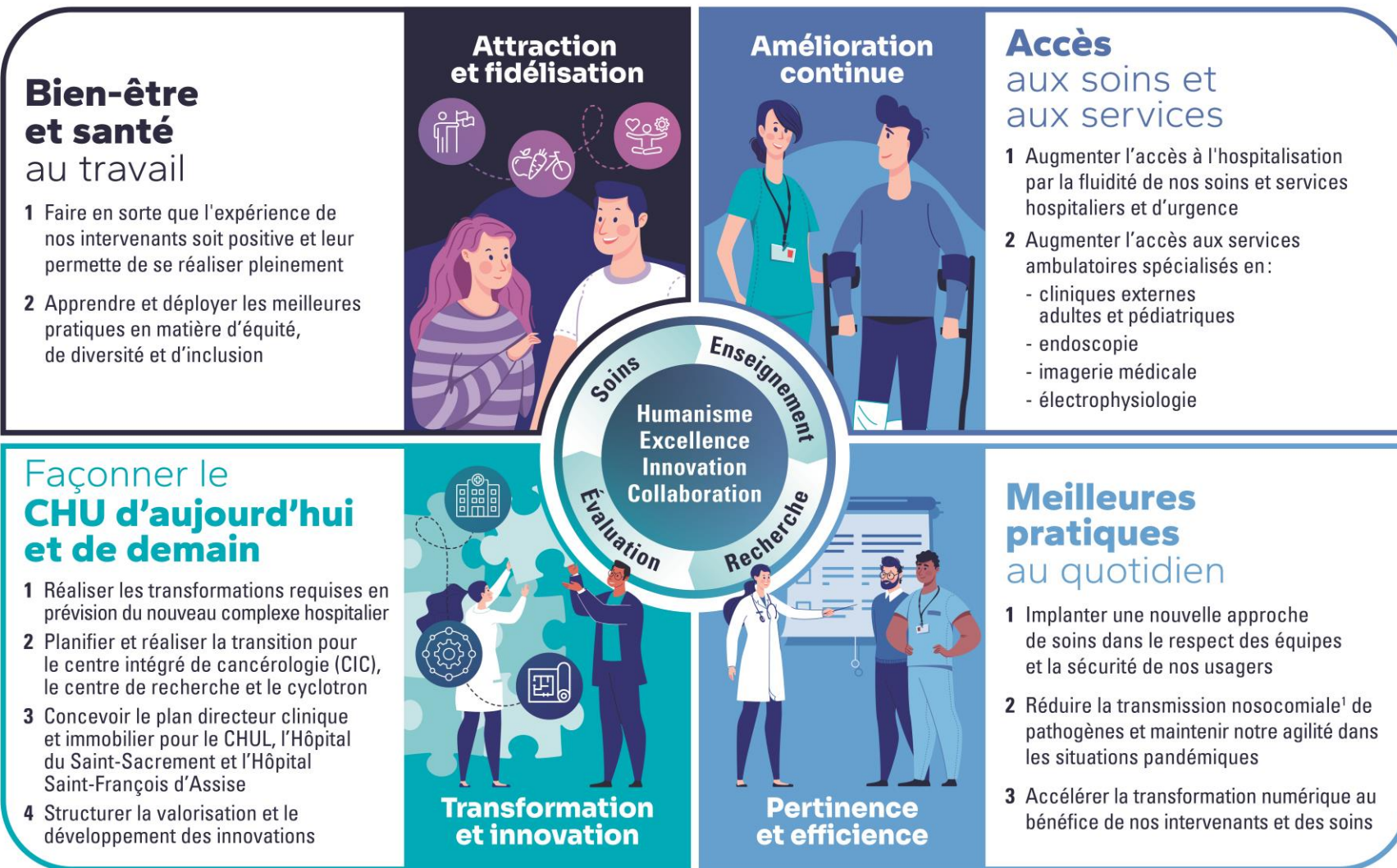
NOTRE MISSION

Soins – Enseignement – Recherche – Évaluation

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

Notre plan annuel 2022-2023

Vers un rétablissement...



¹ Transmission d'une infection pendant une hospitalisation.

Objectifs prioritaires 2022-2023

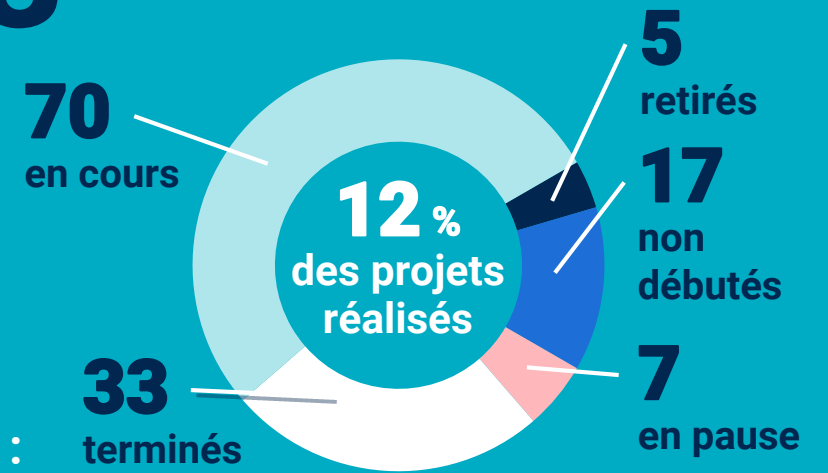
Quatre grandes priorités

- 1 Bien-être et santé au travail :**
attraction et fidélisation
- 2 Accès aux soins et aux services :**
amélioration continue
- 3 Meilleures pratiques au quotidien :**
pertinence et efficacité
- 4 Façonner le CHU d'aujourd'hui et de demain :**
transformation et innovation

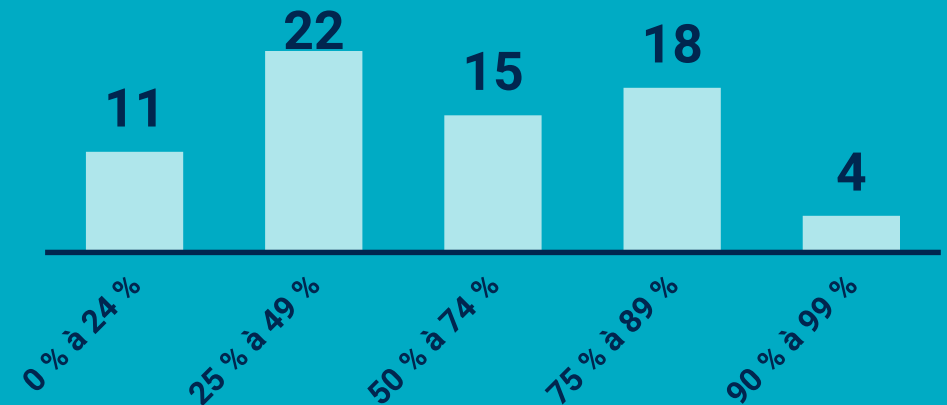
% Dans les pages suivantes, les bulles représentent les pourcentages de réalisation des projets

132

projets prioritaires :



Avancement des projets en cours



1.1 Faire en sorte que l'expérience de nos intervenants soit positive et leur permette de se réaliser pleinement

RÉVISION DES PRINCIPES DE GESTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

- 100 % Optimiser le processus de l'expérience employé, de son embauche à son premier quart de travail
- 100 % Déploiement d'une nouvelle plateforme informatique pour accès à distance pour nouveaux employés
- 75 % Élaborer les politiques locales destinées à l'exercice du rôle de cadre
- 100 % Atteindre le plein potentiel des mesures des nouvelles conventions collectives nationales de nos employés (quatre catégories d'emploi) et des décrets ministériels pour le bénéfice de nos employés
- 100 % Déployer la politique en matière de télétravail
- 85 % Mettre en place le cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail
- 100 % Cadre de référence pour la catégorie 1
- 75 % Cadre de référence pour les autres catégories
- 75 % Plan d'action pour les agentes administratives classe 3
- 90 % Développer une stratégie d'image de marque, incluant marque-employeur, stratégie recrutement marketing et site Web 2.0

1.1 Faire en sorte que l'expérience de nos intervenants soit positive et leur permette de se réaliser pleinement

ATTRACTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

2 697 embauches

(+ 498 par rapport à la moyenne des trois dernières années)

75 %

Accroître le **recrutement international** pour les titres d'emploi en pénurie

49 intégrations d'infirmières recrutées à l'international (France, Colombie, Mexique et Brésil)

71 stages

« Jeunes explorateurs d'un jour »

FIDÉLISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

En continu

Nouvelle approche de soins

100 %

Déploiement des **aménagements de temps de travail**

100 %

Élaboration de la **philosophie de gestion**

75 %

Implantation des actions du **plan organisationnel en santé globale 2019-2023**

100 %

Politique de reconnaissance

1.1 Faire en sorte que l'expérience de nos intervenants soit positive et leur permette de se réaliser pleinement

TRANSFORMATION DES HORAIRES

85 %

Déploiement et automatisation de **24 procédures** et **8 processus opérationnels** touchant l'horaire (CHUL, HSS et HEJ)

Réalisation de **10 capsules** de formation en lien avec les procédures opérationnelles

Déploiement des **horaires sur six mois** dans l'unité pilote au CHUL (2^e Sud - 40 personnes)

Création et déploiement dans **3 unités pilotes** d'une application afin que les employés puissent effectuer des échanges de quart. Il s'agit de la **première application de grande envergure en fonction dans le RSSS**

Déploiement d'un processus pour octroyer du **temps supplémentaire à l'avance** afin que l'employé puisse mieux planifier son horaire et sa période de repos (TS en lot)

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES CLINIQUES

100 %

Coachs

10 gradués
(2022)

14 en développement
(2023)

Ressources cliniques

6 graduées
(2022)

15 en développement
(2023)

IMPLANTATION DES ACTIONS LIÉES AUX CIBLES DU PLAN D'ACTION « NATIONAL » EN SANTÉ GLOBALE 2019-2023

80 %

292 nouveaux **Veilleurs** formés

125 interventions préventives (enquêtes et analyses d'événements, analyses de risque, ajustements ergonomiques, etc.)

1 441 essais d'ajustement de masque N95

Mise en place d'un **processus de surveillance** des nouvelles exigences en matière de santé et de sécurité au travail

1.2 Apprendre et déployer les meilleures pratiques en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (ÉDI)

60 %



ÉQUITÉ,
DIVERSITÉ et
INCLUSION

Dépôt d'un **plan en ÉDI pour le secteur de la recherche** au Fonds de recherche du Québec en santé

Signature d'une **entente avec l'Institut ÉDI²** pour soutenir le CHU dans sa démarche de production d'un plan en ÉDI

Adoption d'une **structure de gouvernance** pour la réalisation et le suivi du dossier ÉDI

Adhésion à un **projet de recherche tripartite** (Université Laval, Ville de Québec et CHU de Québec-Université Laval) sur les biais inconscients

Acceptation d'un **projet déposé avec le syndicat CSN** de l'établissement dans le cadre du Forum sur la santé globale des personnes salariées

Différentes actions ont été réalisées dans les dossiers d'intégration des **personnes handicapées** (projet vitrine), des services aux **personnes des Première Nations** (exemple : chambre spécialement aménagée à l'hôtellerie), des **patientèles des communautés ethnoculturelles**, etc.

2.1 Augmenter l'accès à l'hospitalisation par la fluidité de nos soins et services hospitaliers et d'urgence

100 %

PROJET VITRINE FLUIDITÉ HSFA

Exemples d'actions entreprises pour atteindre l'objectif :

Augmenter l'implication

des professionnels **7 jours / 7**

Soutien dans la **continuité informationnelle**

Création d'un **tableau de bord de suivi des niveaux de soins alternatifs (NSA)** en temps réel

Rédaction d'une **procédure de la planification des départs (PPCD)**

Résultat sur la **durée moyenne de séjours (DMS) :**

7 330 jours récupérés en P13

dans les unités A5 (médecine-cardiologie), B5 (médecine) et B8 (médecine) à HSFA comparativement à 2019-2020

100 %

PROJET DE TÉLÉSANTÉ

Le **service à distance** offert par des intervenants du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CHU de Québec-Université Laval vise à **prévenir le déclin de l'autonomie des personnes âgées** se présentant à l'urgence avec retour en milieu de vie ainsi qu'à **diminuer les listes d'attente** du soutien à domicile et des services gériatriques spécialisés.



2.1 Augmenter l'accès à l'hospitalisation par la fluidité de nos soins et services hospitaliers et d'urgence

RÉORIENTATION DES USAGERS AMBULATOIRES À L'URGENCE VERS LES GMF

70 %

Taux de réorientation à 6,7 %
sur une cible de 10 %

Taux de réorientation à 9,1 %
en ajoutant les usagers pour lesquels il n'y avait pas de plage disponible en GMF ou qui ont refusé la réorientation

RÈGLE D'UTILISATION DES RESSOURCES (RUR) DES URGENCES

La RUR établit des règles et des mécanismes de gestion des urgences afin de maintenir l'accessibilité et la qualité des soins et que les trajectoires de la patientèle soient fluides et sécuritaires.

100 %

Adoption de la **RUR des urgences** par le C.A.

80 %

Processus de consultation et d'amélioration continue de la RUR **auprès des acteurs médico-administratifs**

30 %

Mise en place d'un **système de mesure de la performance et de suivi des indicateurs** de la RUR (SMPU-RUR)

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

85 %

Consolidation des **pratiques de base**

Travaux sur deux actions préventives pour **éviter le déconditionnement**

Identification et intervention intensifiées pour usagers de 75 ans et plus lorsque délai prolongé de séjour sur civière à l'urgence (SMPU-RUR)

2.2 Augmenter l'accès aux services ambulatoires spécialisés en :

- cliniques externes adultes et pédiatriques
- endoscopie
- imagerie médicale
- électrophysiologie

PLASTIE

21 000 rendez-vous / an

Ouverture du centre de rendez-vous centralisé le 13 juin 2022

PNEUMOLOGIE

24 740 rendez-vous / an

Ouverture du centre de rendez-vous centralisé le 27 février 2023

PROJETS AJOUTÉS

100 %

Mise en structure de la migration du logiciel Clinibase Ci volet rendez-vous vers le **Clinibase eRV**

60 %

Communications automatisées (délesté pour migration Ci)

85 %

Télémédecine (délesté pour migration Ci)

40 %

Bornes CUO (modulé pour migration Ci)

PROJETS SUSPENDUS

80 %

ORL

Travaux médicaux – première spécialité à migrer vers eRV en avril 2023

20 %

CHIRURGIE

Travaux médicaux – deuxième spécialité à migrer vers eRV en mai 2023

2.2 Augmenter l'accès aux services ambulatoires spécialisés en :

- cliniques externes adultes et pédiatriques
- endoscopie
- imagerie médicale
- électrophysiologie

IMAGERIE MÉDICALE

Proportion des patients en attente de **moins de 3 mois** (P-13)

TEP 81 %

Scopie 26 %

Mammo 96 %

TDM 88 %

IRM 55 %

Écho 64 %

100 %

ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

Déploiement de la centrale de rendez-vous

100 %

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

Déploiement de la centrale de rendez-vous

100 %

ENTENTE avec clinique privée d'imagerie médicale pour IRM et TDM

100 %

TEP DU CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE

Développement d'une offre de service

En préparation

ÉLECTROPHYSIOLOGIE
Centrale de rendez-vous

En préparation

MÉDECINE NUCLÉAIRE
Centrale de rendez-vous

2.2 Augmenter l'accès aux services ambulatoires spécialisés

SERVICES CHIRURGICAUX

Septembre 2022 :

Création d'un comité de surveillance composé de représentant médicaux et cliniques pour une meilleure distribution du temps opératoire.

BUT : Opérer **85 % des patients en moins de 28 jours** et **100 % dans les 56 jours = diminution de 385 patients** en attente depuis plus d'un an.

Décembre 2022 :

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE – **meilleurs résultats des cinq dernières années** : 11 patients hors délais depuis plus de 28 jours. Enjeux toujours présents mais stratégies de priorisation efficaces

RÉALISATIONS

- Implantation de la deuxième offre à l'interne
- Travaux de révision et d'harmonisation de nos processus préopératoires
- Transfert des installations de pacemaker du bloc opératoire d'HEJ vers l'imagerie
- Développement du système de gestion des blocs opératoires afin d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques
- Révision des plans d'effectifs dans les blocs opératoires et dans les URDM afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines
- Implantation de trajectoires ERAS :
 - Dotation de deux infirmières spécialisées en récupération accélérée après une chirurgie au CHU + transfert du budget d'un ETC du CIUSSS-CN
 - Constitution des deux comités RAAC pour la trajectoire d'arthroplastie et de colorectal
 - Élaboration des indicateurs de suivis pour les deux trajectoires ciblées
 - Accompagnement du CIUSSS-CN dans le déploiement de la trajectoire RAAC colorectal
- Déploiement de plusieurs projets liés à la diminution de la durée de séjour dans les unités de soins de chirurgie :
 - Projet ceinture noire sur la gestion efficace des épisodes de soins en chirurgie
 - Projet pilote de la nouvelle approche de soins à l'HSFA
 - Application de critères de libération par l'infirmière dans une spécialité chirurgicale et travaux en cours pour d'autres spécialités
 - Transformation de trajectoire de soins hospitalisés en chirurgie d'un jour pour les fermetures d'iléostomie

3.1 Planter une nouvelle approche de soins (NAS) dans le respect des équipes et la sécurité de nos usagers

La nouvelle approche de soins est basée sur l'implication des intervenants dans l'identification des enjeux qui freinent l'amélioration de la satisfaction au travail et de la fluidité des épisodes de soins ainsi que sur la collaboration des équipes cliniques, médicales et de soutien dans la recherche et l'implantation des solutions.

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Réalisation des initiatives liées aux problématiques identifiées par les équipes

HSFA 40 %



Février 2022

Lancement



Mars 2022

Création des équipes locales et implantation de solutions



Août 2022

Identification des problématiques concernant la gestion de l'épisode de soins



Novembre 2022

Priorisation des problématiques



Novembre 2022

Atelier avec les chefs et le personnel

L'HDQ 10 %



Septembre 2022

Lancement



Octobre 2022

Formation des équipes locales et identification des problématiques selon la fluidité de l'épisode de soins et la satisfaction au travail



Janvier 2023

Définition et plan d'action



Février 2023

Mise en œuvre des actions prioritaires locales et de site

3.2 Réduire la transmission nosocomiale de pathogènes et maintenir notre agilité dans les situations pandémiques

ÉVITER LA PROGRESSION DES CAS DE BACILLES À GRAM NÉGATIF PRODUCTEURS DE CARBAPÉNÉMASES (BGNPC)

Diminution de 64 % (cible du CHU : diminution de 10 %)

Réalisation d'un plan d'action global proposé par la Direction régionale de la santé publique qui comprend :

- Visionnement de la formation « Apprivoiser la PCI » pour tous les gestionnaires
- Audits d'application des mesures de précautions additionnelles en ambulatoire
- Production d'un plan d'action pour chaque direction clinique afin de promouvoir l'hygiène des mains
- Application d'une grille de validation des bonnes pratiques afin de contrôler la contamination croisée dans chacun des secteurs cliniques
- Audits sur l'application du protocole bactéries multirésistantes (BMR) à l'admission
- Révision de la présence d'un agent de prévention des infections et d'un PAB ressource dans chaque secteur clinique
- Déploiement d'un calendrier de gestion des zones grises afin que la responsabilité de nettoyage et de désinfection du matériel soit attribuée et prise en charge

TAUX DE COLONISATION* BGNPC

(par 10 000 jours/présence)

2021-22

2,5

(107 cas)

2022-23

0,9

(40 cas)

* *Présence de microbes sans infection associée*



3.2 Réduire la transmission nosocomiale de pathogènes et maintenir notre agilité dans les situations pandémiques

AMÉLIORER LE TAUX DE CONFORMITÉ À L'HYGIÈNE DES MAINS



1 unité sur 55
a atteint la cible de 80 %

0 unité sur 54
a augmenté son taux
de plus de 10 %

Taux d'hygiène global des mains  **8%**
depuis un an (**67 % à 59 %**)



3.3 Accélérer la transformation numérique au bénéfice de nos intervenants et des soins

SUIVI DU PLAN DE MODERNISATION TECHNOLOGIQUE (PMT) 2022-2023

100 %

Réalisation des projets **technologiques**

98 %

Réalisation de **29 projets cliniques**, dont :

- déploiement du formulaire d'administration des médicaments électronique (FADMé) au Centre intégré de cancérologie
- déploiement d'un outil électronique pour consigner la note d'évolution
- implantation d'un logiciel d'interprétation d'analyse pour la résonance magnétique

97 %

Taux de **respect des délais** de réalisation

- **Priorisation par le comité de direction des projets pour l'année 2023-2024** et dépôt au MSSS selon l'échéancier. Le CHU est en attente de l'autorisation formelle du MSSS.
- Mesures de soutien et **d'accompagnement en gestion de projet** mises en place auprès des directions
- Élaboration d'une **structure budgétaire robuste** afin de faciliter le suivi des dépenses
- Début d'une démarche structurée d'élaboration d'un **Plan directeur de transformation numérique (PDTN)**

PLAN DE DÉVELOPPEMENT CLINIQUE ET IMMOBILIER (PDCI)

Établir une vision moyen-long terme de l'offre de soins et services selon les besoins anticipés et l'offre actuelle ainsi que la complémentarité entre les hôpitaux du CHU afin d'évaluer les besoins et les priorités d'investissement.

PORTRAIT ACTUEL ET ANALYSE : **Volet clinique*** et **immobilier**** – **Principes directeurs**

100 %

20 %

Septembre 2022

Démarrage – démarche logistique



Décembre à janvier 2023

analyse des impacts



Septembre à novembre 2022

Analyse populationnelle, consommation, production, desserte



Février à mai 2023

établissement des principes directeurs

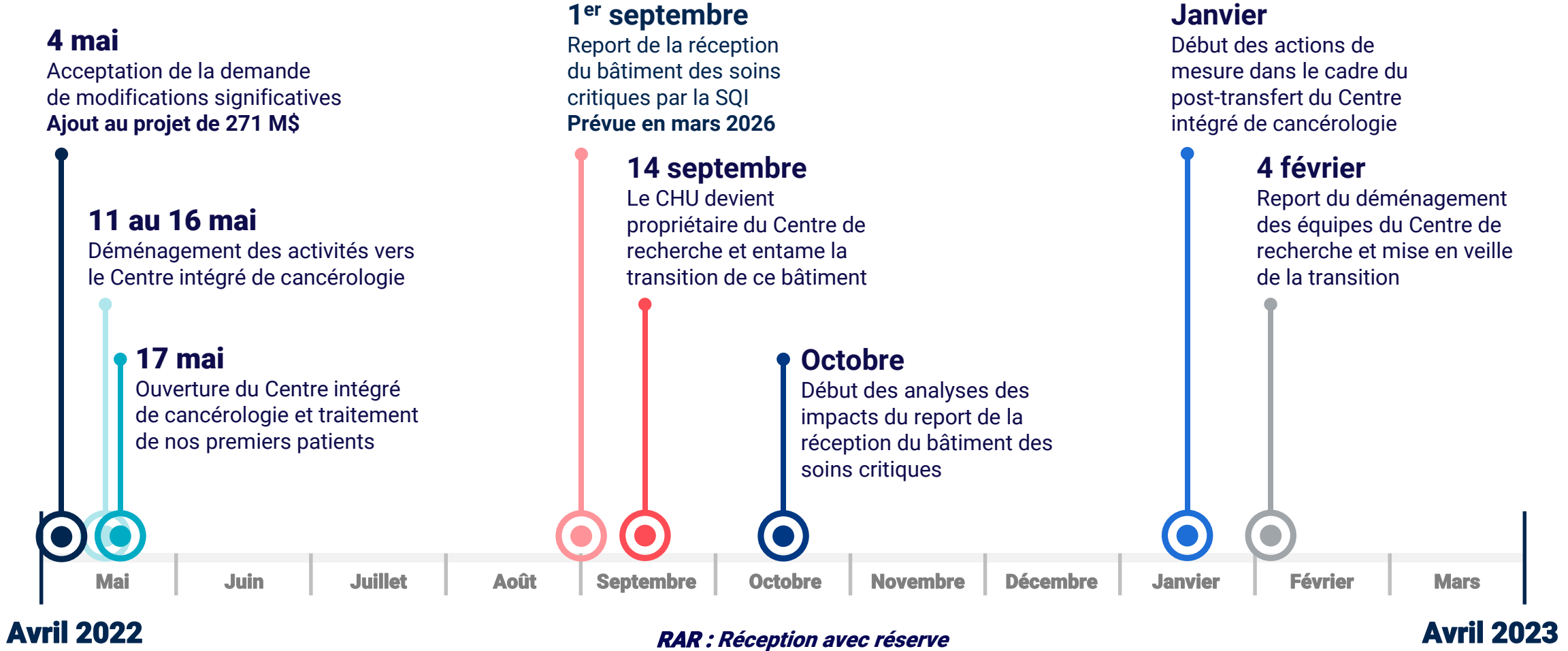


* **Volet clinique** : données populationnelles, statistiques de consommation et de production de services hospitaliers (volume, consommation, performance, provenance, destination, offre de service, recherche, enseignement).

** **Volet immobilier** : installations actuelles et problématiques, matrice des unités fonctionnelles, zonage des plans et superficies, bilan des services, impact de la plateforme clinico-logistique, organisation actuelle et projetée, espaces utilisés par le CIUSSS-CN, fonctionnalité globale des sites et des principaux secteurs d'activités cliniques (unités d'hospitalisation, urgence, bloc opératoire, cliniques externes, endoscopie, imagerie médicale).

4.1 Réaliser les transformations requises en prévision du nouveau complexe hospitalier

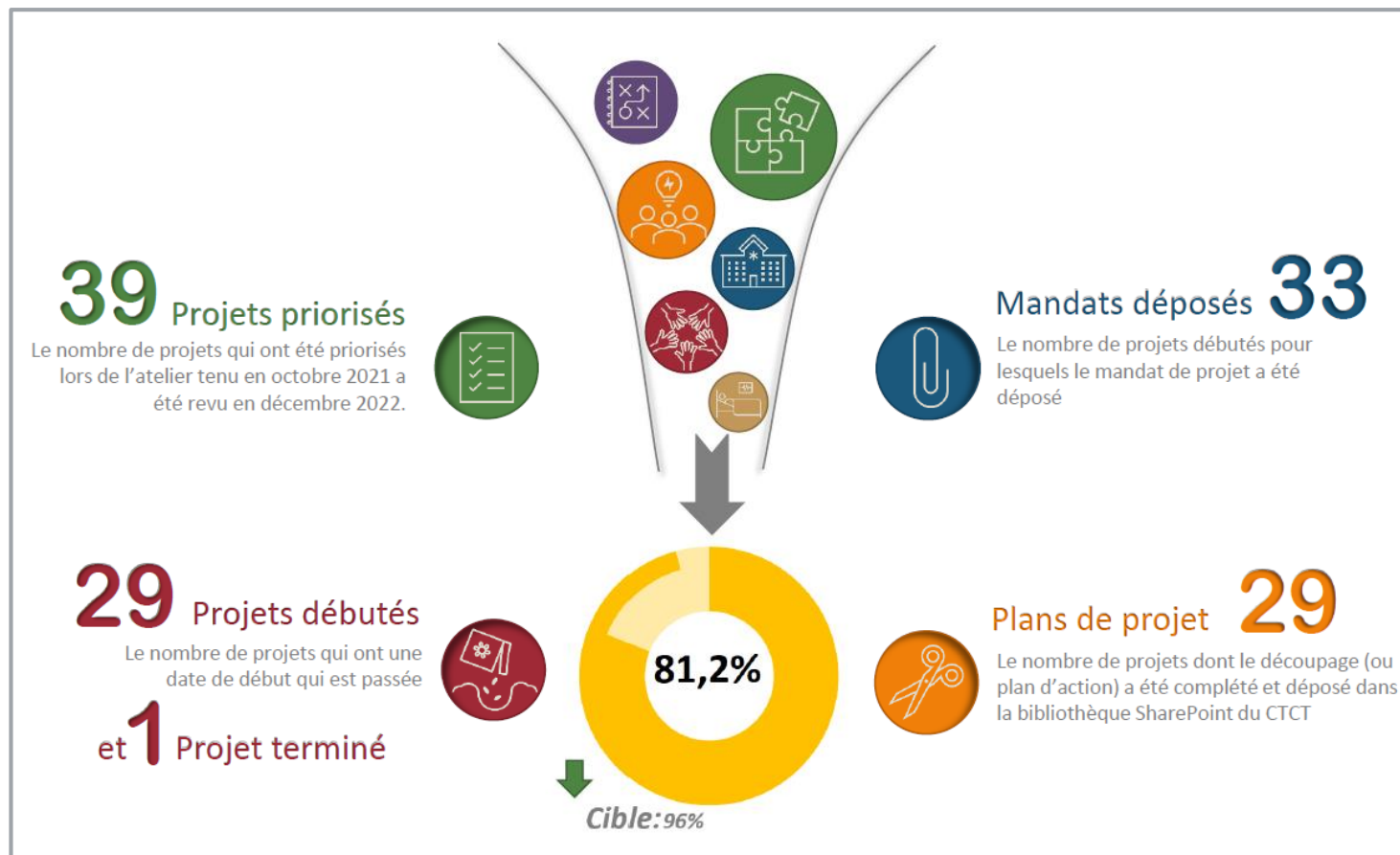
GRANDS JALONS



4.1 Réaliser les transformations requises en prévision du nouveau complexe hospitalier

FAITS SAILLANTS

- **Démarrage des projets** de transformation
- **Révision des échéanciers** afin de respecter les nouveaux paramètres du projet
- **Accompagnement en gestion** de projet (formations, rencontres, etc.)
- Création des **tableaux de bord**
- Suivi de l'avancement des projets au **pilotage stratégique**
- **10 rencontres régulières** du comité tactique de coordination des projets de transformation du nouveau complexe hospitalier + **1 rencontre version élargie** de ce comité



Légende des couleurs: Moins de 15% d'écart Entre 15% et 24% d'écart 25% d'écart et plus

Évolution depuis le dernier mois: ↓ Amélioration de l'écart ➡ Maintien de l'écart ↑ Détérioration de l'écart

Mise à jour à partir des documents disponibles au SharePoint de CTCT: 20 mars 2023

4.2 Planifier et réaliser la transition pour le centre intégré de cancérologie (CIC), le centre de recherche et le cyclotron

FAITS SAILLANTS

CENTRE INTÉGRÉ
DE CANCÉROLOGIE
Déménagement réalisé

CENTRE DE RECHERCHE
Transition débutée et **mise en veille le 4 février 2023**, puisque le bâtiment n'est pas prêt à l'usage auquel il est destiné

CYCLOTRON
Transition en préparation
en vue de la réception du bâtiment

Cyclotron : accélérateur de particules qui permet la production d'isotopes radioactifs utiles en médecine nucléaire.

**CENTRE INTÉGRÉ
DE CANCÉROLOGIE**
Ouverture aux patients
17 mai 2022

97 %



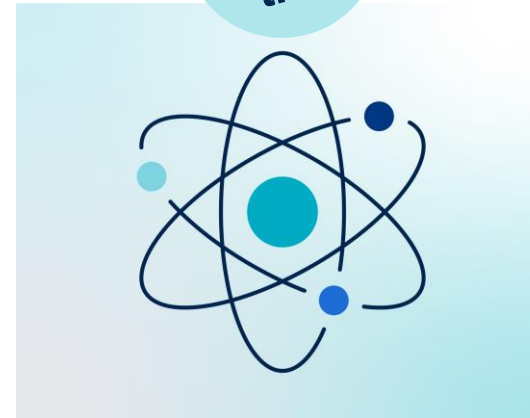
**CENTRE DE
RECHERCHE**
Transition
14 Septembre 2022

En
veille



CYCLOTRON
Transition
Automne 2023

En
prépara-
tion



4.3 Concevoir le plan directeur clinique et immobilier pour le CHUL et l'Hôpital Saint-François d'Assise

Établir une vision moyen-long terme de l'offre de soins et services selon les besoins anticipés des clientèles desservies afin d'évaluer les besoins et les priorités d'investissement.

CHUL

100 %

PLAN CLINIQUE AMBULATOIRE
PÉDIATRIQUE

75 %

SOLUTION IMMOBILIÈRE TRANSITOIRE
POUR LE VOLET **AMBULATOIRE**

Travaux de mise aux normes poursuivis pour rehausser la disponibilité de chambres à pression négative et consolider les infrastructures pour répondre à la nouvelle offre de services

100 %

PLAN DIRECTEUR CLINIQUE ET
IMMOBILIER – **PORTION DIRECTION
MÈRE-ENFANT** (appel d'offre)

HSFA

75 %

PROJET DE CENTRE DE **SERVICES
EN SANTÉ MENTALE**

Rédaction du **dossier d'opportunité**

Travaux menés en collaboration avec la SQI et le CIUSSS-CN

4.4 Structurer la valorisation et le développement des innovations

60%

Contribution à l'élaboration de la première **planification stratégique du Réseau des répondants provinciaux en innovation**

Réalisation de plusieurs partenariats avec l'industrie pour des **évaluations en milieu réel de soins**

Rédaction d'un **cadre d'implantation d'un bureau de l'innovation** au CHU pour les trois prochaines années avec la précieuse contribution de :

- **Martin Beaumont**, PDG
- **Martin Godbout**, conseiller spécial à l'innovation CRCHU
- **Jean-Thomas Grantham**, adjoint au PDG – Affaires publiques, gouvernementales et NCH
- **Julie Hamel**, conseillère cadre – Bureau du PDG
- **Daniel La Roche**, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
- **Philippe Lachapelle**, directeur de la performance clinique et organisationnelle
- **Patrice Lemay**, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
- **Christine Mimeault**, directrice générale adjointe NCH
- **Serge Rivest**, directeur du CRCHU

4.4 Établir un plan stratégique pour vitaliser la mission d'enseignement

100%

Première planification stratégique de l'enseignement déposée au C.A. le 4 octobre 2022

Perspective de **développement de l'offre de service** basée sur les quatre volets de l'apprenant à vie

Continuum constitué de ce qui concerne les établissements d'enseignement dès l'accueil des stagiaires, pendant la phase où les intervenants deviennent des professionnels et des superviseurs en pratique et, finalement, lorsqu'ils deviennent des patients touchés par la mission d'enseignement

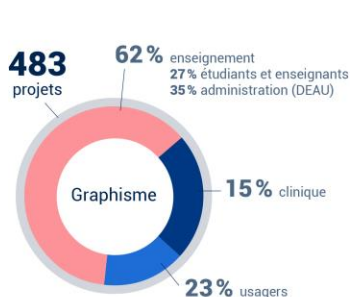
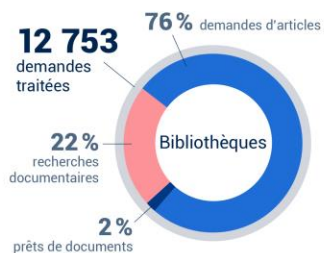
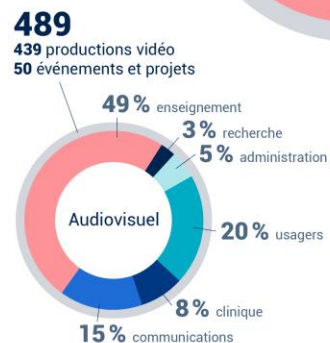
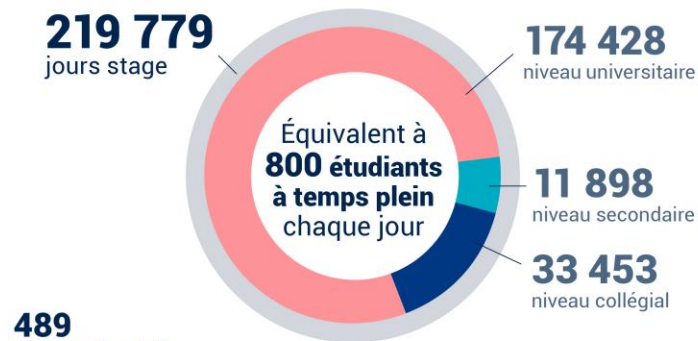


Nos missions

universitaires,
régionales,
suprarégionales
et provinciales



L'enseignement



Adoption du **premier plan stratégique** en enseignement



Mise en place de la première **gouverne en simulation**

Relocalisation et modernisation de la **bibliothèque** de l'Hôpital Saint-François d'Assise



Participation aux **initiatives régionales** de **gestion optimale** des stages cliniques et de **projets innovants** en supervision

- Partenariat **RUISSS-UL / Faculté des sciences infirmières** (optimisation des capacités d'accueil)
- **Collaboration** avec le département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval (modèle de supervision par les pairs).

Accueil de **nouveaux stages cliniques**

- Techniques d'orthèses et de prothèses orthopédiques
- Formation complémentaire en santé cardiométabolique (infirmière praticienne spécialisée)



Diversification des stages dans plusieurs **domaines non cliniques**

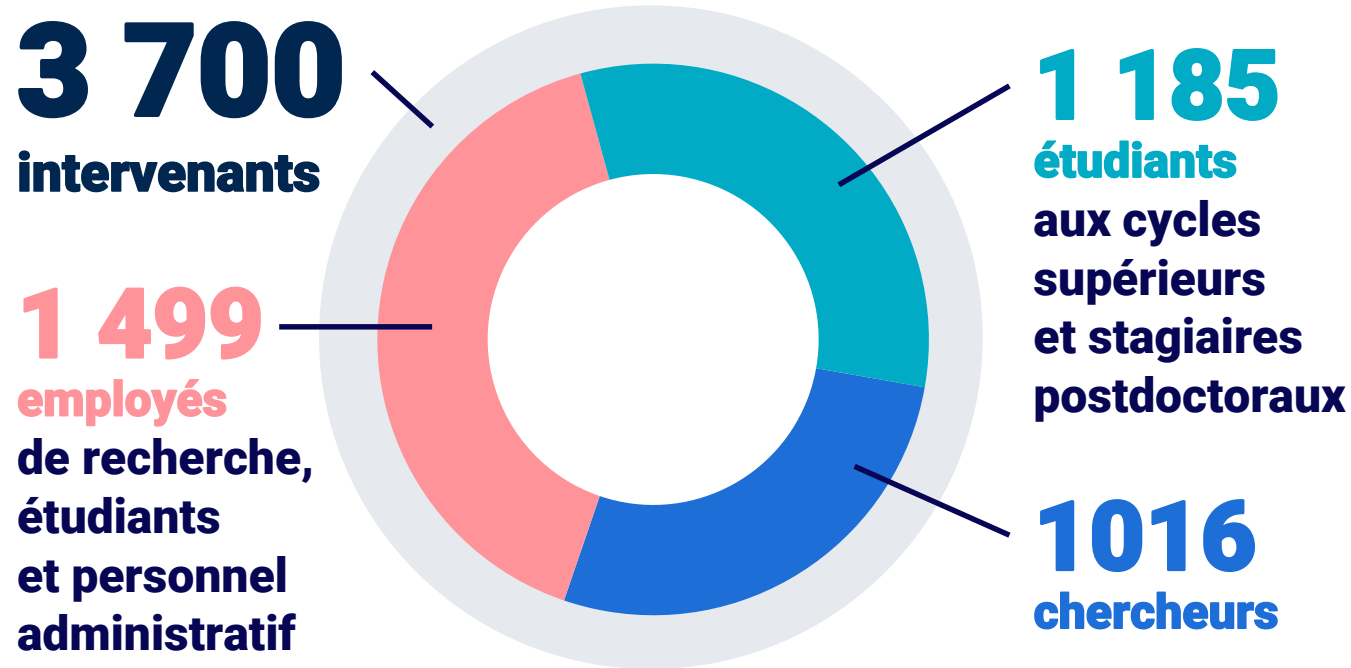
- Administration : *secrétariat, bureautique et comptabilité*
- Architecture
- Droit et technique juridique
- Gestion des services de santé
- Prévention des incendies
- Sciences historiques et études patrimoniales
- Technologie de l'information

Élaboration d'un **projet de littératie en santé** en partenariat avec la **bibliothèque de la Ville de Québec**

- **Prescription littéraire**
- **Passerelle d'abonnement**



La recherche



120 172 817 \$
de financement



1 468
publications

La nomination comme chercheurs des cliniciens du CHU, effectué de concert avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la Direction des services professionnels et affaires médicales (DSPAM) permettra d'accélérer la croissance de la culture de recherche dans les milieux de soins et de développer la recherche translationnelle et interprofessionnelle.

Ce fut le cas dans le cadre de ce projet :

le clinicien-chercheur de l'axe Reproduction, santé de la mère et de l'enfant, Bruno Michon, hémato-oncologue pédiatrique, et la professeure Geneviève Roch, inf., chercheuse de l'axe Santé des populations et pratiques optimales en santé, sont co-responsables de la création d'une **formation interactive, numérique et ludique** pour améliorer les pratiques auprès des enfants atteints d'un cancer et de leur famille intitulée « **Meilleures Pratiques en Oncologie Pédiatrique : recherche appliquée avec les Familles (MP OncoPed-Familles)** ». Ils ont obtenu un financement de **6 817 388 \$** de la Fondation Charles-Bruneau pour ce projet innovateur qui permettra de consolider les expertises et d'améliorer les soins.

Les données présentées sont décalées d'une année et proviennent du Rapport annuel du Centre de recherche 2021-2022. Compte tenu qu'il y a plus d'un lieu d'administration des fonds, une conciliation des données est requise lorsque les calculs à effectuer à la fin de l'exercice financier annuel des principaux lieux d'administration sont complétés.

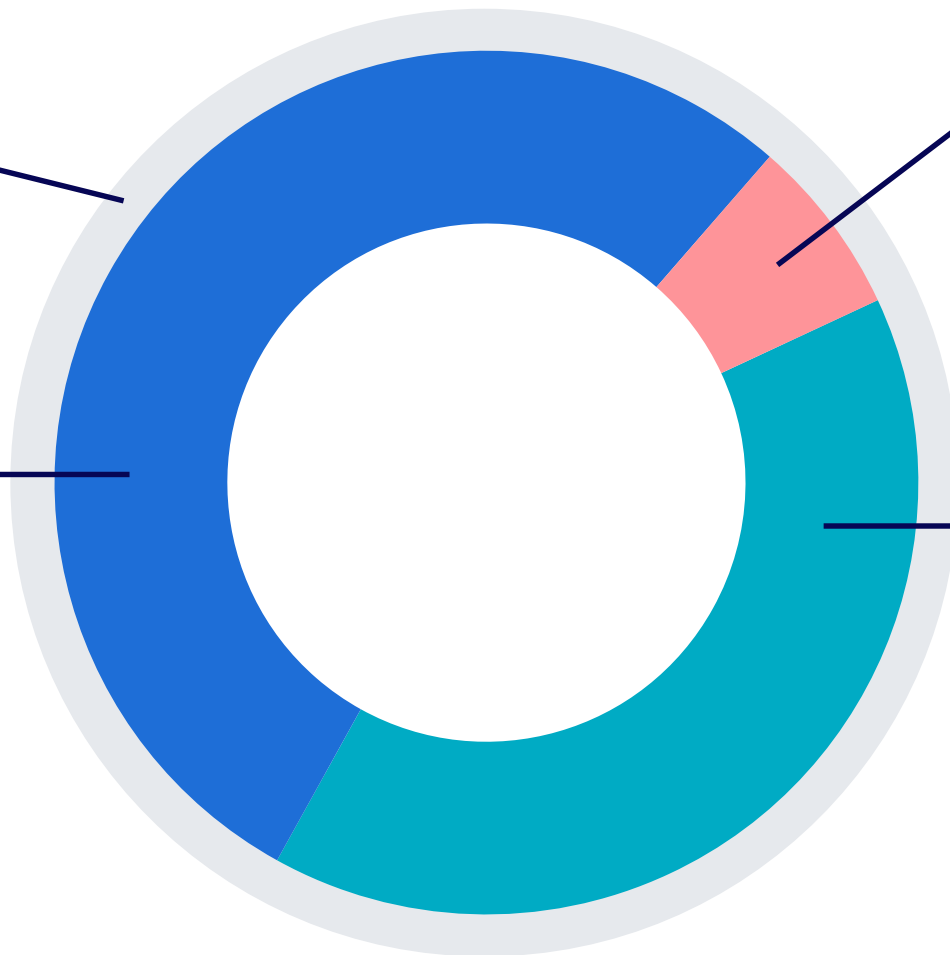
L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

15
publications

175 depuis 2006

8
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

5 évaluations
et
1 revue des
connaissances

pour soutenir la prise
de décision par des
équipes du CHU

Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale

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).

44 employés

dont **30 intervenants**
en soins spirituels

3 publications

de la Revue
Spiritualitésanté

18 724

interventions
en soins spirituels
auprès d'usagers



2022-2023

- Transformation en cours des lieux de culte traditionnels en lieux de recueillement ouverts à tous.
- Poursuite des groupes d'initiation à la méditation et des ateliers spirituels en version virtuelle pour les usagers et reprise des activités en présentiel.
- Poursuite de la formation initiale pour les futurs intervenants.
- Formation continue avec l'Université Laval et le Groupe interdisciplinaire de soutien de la région de la Capitale-Nationale (GIS Québec).
- Animation d'une table d'échange provinciale pour les gestionnaires des équipes d'intervenants en soins spirituels et réalisation d'un sondage pour identifier les besoins de formation des intervenants en soins spirituels auprès des différents gestionnaires du RUISSS-UL.

Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC)



Réalisation de **100 %**
des **195 chirurgies prévues**
(**64** enfants et **131** adultes)

**10 chirurgies bilatérales
simultanées** réalisées

Accueil de **3 stagiaires**
en lien avec l'ouverture
du récent programme
de maîtrise en audiologie
de l'Université Laval



**144 rehaussements
technologiques** d'implants
réalisés à l'échelle provinciale

Collaboration à l'ouverture du
Centre de service de l'Ouest de
la province au CUSUM

Offre de service
pour les
surdités unilatérales

6 cas pédiatriques
et **3 cas adultes**
ont été traités
(urgences médicales)

Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)

2021*

84 900 naissances

82 954 dépistages

88 centres d'accouchement

98 % des nouveau-nés

du territoire québécois

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

381 nouveau-nés à risque

d'un problème grave et dirigés vers
un centre pédiatrique spécialisé

105 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**

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



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.

Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP)

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

2022-2023 : **40 000 grossesses** dans le territoire de desserte du CHU de Québec-Université Laval

Test de dépistage d'entrée 2022-2023

TEST BIOCHIMIQUE INTÉGRÉ :

- environ **20 000 femmes enceintes** se sont prévalu 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 **1 000 femmes enceintes de plus de 40 ans ou avec antécédent** de trisomie se sont prévalu de cette offre de dépistage prénatal
- **4 jours** : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission du rapport
- Environ **960 femmes enceintes (96 %)** ont montré un risque faible de trisomie 21, 18 ou 13 et **ont évité un test**

Amélioration technique permettant de produire un résultat pour tous les spécimens conformes.

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 **520 femmes enceintes** se sont prévalu de l'offre de dépistage prénatal
- **4 jours** : délai moyen entre la réception du spécimen au laboratoire et l'émission du rapport
- Environ **500 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

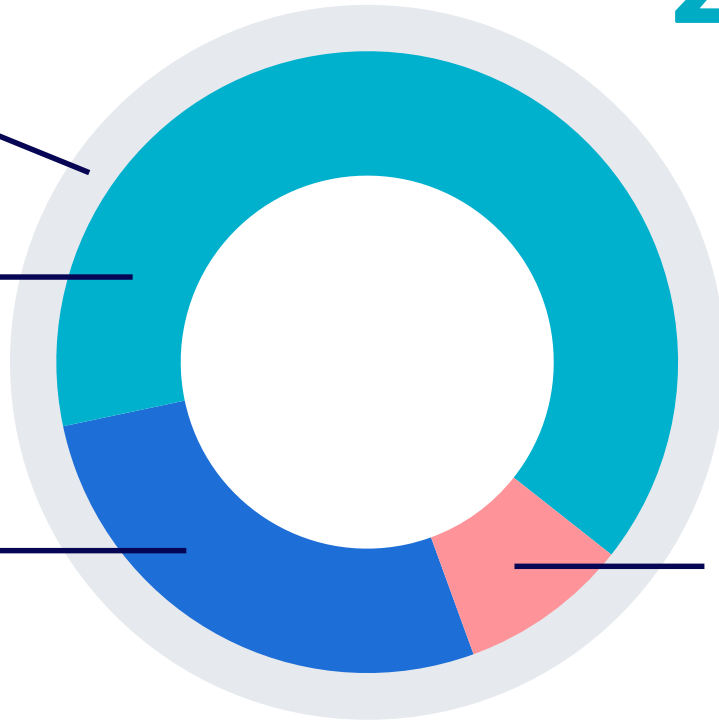
Depuis 1981, ÉVAQ a transporté plus de **124 000 usagers** des régions éloignées et couvre un territoire de **1 667 926 km²**



7 803
usagers

4 989
navettes
multipatients

2 126
avion hôpital



2022-2023

116 usagers
COVID-19
suspectés
ou confirmés



688
accompagnateurs

- **Plateforme informatisée ÉVAQ** : poursuite des travaux de développement
- **Activités de rayonnement pour souligner les 40 ans d'ÉVAQ** : activités de reconnaissance des bâtisseurs du programme
- **Recrutement** : 9 nouveaux médecins recrutés en 2022-2023

Principaux projets de développement immobilier au CHU *

87 744 000 \$
Grand total

HSS
12 855 000 \$

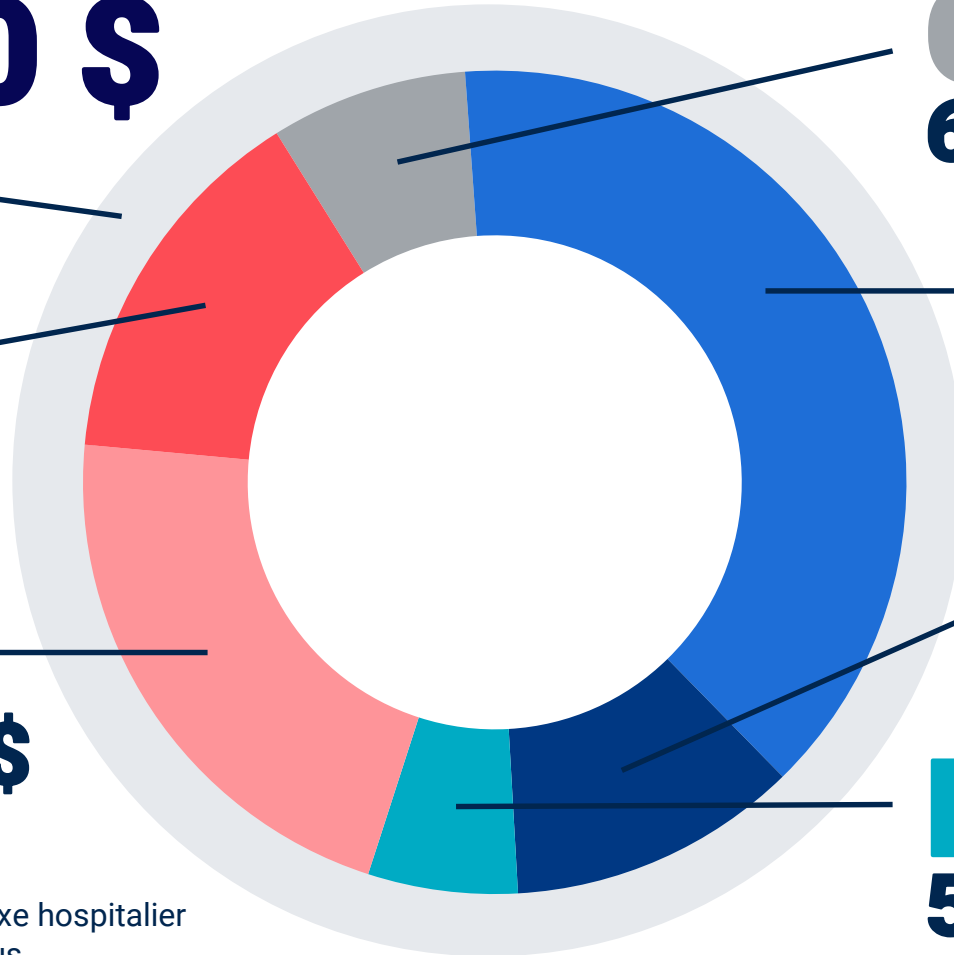
HSFA
18 853 000 \$

CHU
6 790 000 \$

CHUL
34 066 000 \$

L'HDQ
10 025 000 \$

HEJ
5 155 000 \$



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

COVID-19



Comparaison des impacts/vagues COVID-19

VAGUE 2020-2021 (364 jours)

1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

LABORATOIRE

Nombre de tests

- Positif : **26 908**
- Total : **702 727**
- Taux positivité : **3,83 %**

URGENCE

Visites à l'urgence

- Positif : **2 499**
- Moyenne par jour : **6,85** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID

- Nombre : **1 059** usagers
- Moyenne par jour : **2,90** nouvelles
- Âge moyen : **72,93** ans

DÉCÈS LORS DE L'HOSPITALISATION COVID

- Nombre : **248**
- Moyenne par jour : **0,68**
- Âge moyen : **83,45** ans

VAGUE 2021-2022 (364 jours)

1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

LABORATOIRE

Nombre de tests

- Positif : **58 224**
- Total : **897 229**
- Taux positivité : **6,49 %**

URGENCE

Visites à l'urgence

- Positif : **5 686**
- Moyenne par jour : **15,58** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID

- Nombre : **1 699** usagers
- Moyenne par jour : **4,65** nouvelles
- Âge moyen : **58,02** ans

DÉCÈS LORS DE L'HOSPITALISATION COVID

- Nombre : **229**
- Moyenne par jour : **0,63**
- Âge moyen : **80,75** ans

VAGUE 2022-2023 (364 jours)

1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

LABORATOIRE

Nombre de tests

- Positif : **39 232**
- Total : **426 648**
- Taux positivité : **9,20 %**

URGENCE

Visites à l'urgence

- Positif : **8 599**
- Moyenne par jour : **23,56** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID

- Nombre : **3 445** usagers
- Moyenne par jour : **9,44** nouvelles
- Âge moyen : **64,56** ans

DÉCÈS LORS DE L'HOSPITALISATION COVID

- Nombre : **359**
- Moyenne par jour : **0,98**
- Âge moyen : **79,48** ans

Aperçu des activités COVID-19 – 2022-2023



10 comités tactiques
et **2** comités stratégiques



12 communiqués internes
et **10** rencontres des cadres

5 parutions de l'**InfoLeaders**
avec informations COVID et
17 communiqués aux cadres

2 campagnes thématiques
d'information interne



Tenue de **1** conférences de presse



97 demandes médias en lien avec la COVID-19
29 459 appels reçus et traités par la
Ligne info-santé des travailleurs du CHU



5 rencontres du **PDG** avec le personnel,
dont **1** « **PDG vous répond** » spécial **COVID-19**



4 états de situation COVID-19
au Conseil d'administration

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

Chapitre III : Attentes spécifiques

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Numéro	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Le remplacement d'un processus vieux d'une centaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau.	R
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques.	R
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance.	R

Numéro	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Les établissements doivent mettre en place différentes mesures afin de consolider l'approche adaptée à la personne âgée.	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	L'établissement doit réviser son processus d'autorisation des activités de recherche basée sur les meilleures pratiques identifiées dans le cadre du projet SQSV-TNDR en collaborant avec toutes les directions impliquées dans ce processus. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS. L'établissement doit se doter d'un cadre pour la production et le suivi de rapports de performance.	R
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure.	R

R : Réalisé

Chapitre IV : Engagements annuels

Résultats des engagements annuels

Santé publique				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	66,8	80,0	58,8	80,0

Commentaires

Les taux d'hygiène des mains ont connu une diminution en 2022-2023 comparativement à l'année 2021-2022. Cette diminution peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont la fatigue des travailleurs tout comme la population en générale face aux mesures sanitaires dont fait partie l'hygiène des mains. Des plans d'action sur l'hygiène des mains sont en déploiement par les directions afin de promouvoir et d'améliorer les taux d'hygiène des mains. Un comité CHU sur la promotion de l'hygiène des mains est en action pour mettre en place des stratégies innovantes afin de mobiliser les équipes.

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence				
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022 2023 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	138	120	147	112
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,39	13,5	16,79	14,7

Commentaires

Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire : l'écart à la cible est attribuable à une augmentation de la volumétrie de patients à l'ambulatoire (4 % comparativement à l'année pré-pandémique 2019-20). Cette augmentation étant principalement concentrée dans trois de nos urgences, soit HSS (+10 %), CHUL (+7 %) et HSFA (+7 %), l'impact devient plus important sur le délai moyen de prise en charge médicale de la clientèle dans ces milieux. En plus du volume supplémentaire, notons également les défis de réorientation de la clientèle ambulatoire limitant la capacité à avoir un impact à la baisse sur l'achalandage. En effet, une diminution du taux de réorientations de la clientèle ambulatoire est constatée dans la dernière année (6,5 % en 2022-23 vs 7,3 % en 2021-22). Les facteurs contributifs à cette diminution de la réorientation sont multiples : un accès insuffisant en temps opportun aux plages régionales en GMF ainsi qu'un taux de refus de la réorientation par le patient qui s'élève à 2,6 % pour 2022-23. Les difficultés persistantes associées aux systèmes de rendez-vous pour les plages de réorientation (RVSQ et au HUB) demeurent des enjeux importants qui freinent le réflexe de réorientation par la complexité du processus. Nous poursuivons des travaux en collaboration avec notre partenaire régional (CUISSS CN) visant une adéquation du nombre de plages disponibles avec le besoin.

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : l'écart à l'atteinte de cette cible est multifactoriel. Un diagnostic des trajectoires à l'urgence a permis d'identifier certains points particulièrement sous-performants comme les temps d'attente associés au délai de consultations et au délai d'accès aux lits sur les unités de soins. La Direction des soins critiques et la Direction des services professionnels et des affaires médicales ont mis en place en avril 2023 le Système de mesure et d'amélioration de la performance organisationnelle des urgences et de la Règle d'utilisation des ressources de l'urgence (SMPU-RUR). Ce système de mesure permet de démontrer, avec plusieurs indicateurs, les enjeux de la DMS sur civière à l'urgence. Notons particulièrement les importants écarts à la DMS cible les clientèles vulnérables de la santé mentale, de la gériatrie et des 75 ans et plus. De nombreux travaux sont en cours avec le CUISSS CN et le MSSS afin d'identifier les pistes de solutions. Également, la nouvelle Direction adjointe à la fluidité du CHU de Québec-Université Laval, déployée à la fin de l'année 2022-23, devrait permettre d'accélérer les processus d'admission et de gestion des épisodes de soins hospitaliers.

Santé physique

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	40,3	40	40,2	40,0

Commentaires

Nous avons de nouveau, réussi à atteindre l'objectif de 40 % de nouveaux usagers en traitement autonome. Cela s'explique entre autres par un nombre élevé de greffes rénales (19 patients qui ont reçu leur greffe moins de 6 mois après le début de leur traitement d'hémodialyse hospitalière). De ce nombre, 6 patients ont eu une greffe préemptive (don vivant de rein).

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	4 009	2000	3 145	3 500
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	766	310	701	830
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai inférieur ou égal à 28 jours	81	85	75,9	85
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai inférieur ou égal à 56 jours	99,1	100	98,5	100

Commentaires :

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois : la cible pour les demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois est atteinte. Malgré la reprise des activités chirurgicales à la hauteur de 87 % en moyenne, nous avons réussi à instaurer un système de priorisation efficace et accepté des équipes médicales. Nous avons mis en place un comité de vigie qui a pour mandat de s'assurer de la distribution du temps opératoire pour les cinq installations en fonction des grandes priorités, soient les plus de 12 mois et l'oncologie. Nos stratégies de priorisation sont efficaces et influencent la liste d'attente des patients en attente depuis plus de six mois. Nous espérons atténuer les impacts de la pénurie de main-d'œuvre afin de procéder à la réouverture des salles d'opération actuellement fermées par manque de ressources humaines. L'implication des équipes médicales des cinq sites du CHU a été exemplaire et nous a permis une entraide entre spécialités chirurgicales afin de prioriser les bons patients. De nombreux transferts d'activités cliniques vers d'autres sites et la réattribution du temps opératoire aux chirurgiens ayant le plus de patients hors délais nous ont permis d'atténuer les impacts de la diminution de l'accès aux plateaux techniques des blocs par manque de ressources. Le principe de deuxième offre par un autre chirurgien est aussi beaucoup mieux appliqué et compris des équipes médicales et de gestion.

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an : La cible pour cet indicateur est atteinte et même largement dépassée. Notre évaluation repose sur notre engagement de réduction signé le 22 décembre 2022 (Référence à l'Entente signée PDG CHU/MSSS-Réduction du nombre de patients en attente d'une chirurgie de plus d'un an). Dans la première partie de l'année 2022-2023, le nombre de patients en attente depuis plus d'un an était en constante progression pour atteindre 1 150 à la fin de l'été dernier. Les plans d'action afin de résorber cet écart ont été conçus avec nos équipes médicales et mis en place en septembre dernier. Les résultats obtenus suite aux déploiements des différentes actions sont positifs : la courbe des hors délais continue de s'infléchir. Nous atteignons maintenant 700 patients en attente de plus d'un an.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours : l'accès pour les chirurgies oncologiques est, depuis le début de la pandémie, une priorité partagée par tous les intervenants. Toutes nos actions sont concentrées vers l'atteinte de cette cible. Cependant, cette cible est cumulative et ne démontre pas les fluctuations où nos stratégies nous ont permis de dépasser les cibles. Nos mécanismes nous permettent de réagir rapidement et de faire les actions nécessaires afin de prioriser cette clientèle selon nos principes directeurs. Durant la dernière année, l'évolution de cet indicateur nous encourage à maintenir les stratégies mises en place. Nous sommes convaincus que les stratégies déployées et celles à venir nous permettront d'atteindre les cibles en oncologie pour la prochaine année.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours : l'écart à la cible pour la réalisation des chirurgies oncologiques dans les 56 jours est très spécifique au CHU de Québec. Les patients pour qui l'intervention chirurgicale a été réalisée au-delà des 56 jours sont ceux pour qui une chirurgie de prostatectomie par robot était requise et quelques cas d'ORL pour lesquels un délai supérieur à 56 jours n'était pas délétère du point de vue médical.

Santé physique – Imagerie médicale

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Pourcentage d'examens planifiés primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	60,0	90,0	58,2	90,0
Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	84,0	90,0	88,1	90,0
Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	57,6	90,0	55,1	90,0

Commentaires

Le pourcentage de réalisation des examens est sensiblement le même par rapport à l'an dernier pour certaines modalités. Nous avons réalisé près de 12 000 examens supplémentaires, toute modalité confondue et nos délais de réalisation ont diminué de 3 jours. Nous y voyons donc une amélioration de l'accès globalement, bien que cela ne se reflète pas dans les résultats.

Néanmoins, des défis subsistent dans plusieurs modalités, soit parce que la demande entrante excède la production, soit par manque de ressource ou soit parce que l'offre de service est affectée par des facteurs externes (exemple : ressources spécialisées en présence nécessaire lors de réalisation des examens).

Différentes mesures sont mises en place afin d'améliorer l'accès à nos plateaux techniques comme la conclusion d'ententes 108 avec des laboratoires d'imagerie médicale privés pour la résonance magnétique et la tomodensitométrie. Également, nous ouvrons des plages en heures supplémentaires en blitz afin de diminuer les listes d'attentes. Et nous développons de nouvelles offres de service afin d'optimiser l'utilisation de tous les appareils du CHU. Ces différentes mesures s'associent à une vigie constante des listes d'attente et des délais, une modulation de l'offre de service en fonction des besoins spécifiques (clientèle oncologique), un recrutement constant de ressources et une cogestion médicale étroite.

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	47	100	67,5	100
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,85	0,36	1,11	0,27
Ratio de présence au travail	91,39	91,04	92,49	91,04

Commentaires

Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » : l'année 2022-2023 se caractérise par l'amorce du retour graduel à la nouvelle normalité créée par la crise pandémique. Au cours de cette même année, c'est près de 5 000 employés de plus qui ont reçu la formation ENA par rapport à 2021-2022. À ce nombre, il faut ajouter les 102 employés qui ont reçu une formation complémentaire afin de parfaire l'approche clinique à préconiser auprès des usagers autochtones et de leurs proches spécifiquement. Le plan d'action institutionnel en matière de partenariat avec la clientèle autochtone adopté par le comité de direction au début du mois prévoit plusieurs activités ayant comme finalité la sécurisation culturelle dont la promotion de la formation ENA et autres formations plus cliniques. La pénurie de ressources humaines engendre un roulement de personnel significatif et un défi de communication auprès des nouveaux employés : pour contrer cet enjeu, la formation ENA figure dans la liste des formations obligatoires à l'embauche. La présence à temps plein depuis février dernier d'une agente de liaison autochtone et d'un navigateur d'usager autochtone est un atout inestimable puisqu'ils tiennent un rôle vivant d'agent de changement et de promoteur de la formation. NB Cible ministérielle en mars 2022 (5 969) inférieure à celle de mars 2023 (10 888).

Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante : Taux en augmentation par rapport à l'année précédente; 96 % des heures sont pour des agents administratifs; La grande difficulté de rétention du personnel administratif représente la principale cause de l'accroissement marqué du recours à la main-d'œuvre indépendante; Pour pallier cette problématique, des activités d'intensification du recrutement ont eu lieu. De ce fait, 550 ressources ont été embauchées dans la dernière année, ce qui représente une augmentation de 95 embauches par rapport à la moyenne des trois dernières années.

Ratio de présence au travail : Contexte post-pandémie; Amélioration du ratio d'assurance salaire; Déploiement du cadre de référence sur la gestion intégrée de la présence au travail qui comprend des formations et outils pour accompagner lors de la réintégration au travail; Diminution des retraits préventifs.

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement	Résultats au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023 de l'établissement
Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	97,43	90	96,88	90

Commentaires

La performance des laboratoires de la grappe Capitale-Nationale quant au respect du délai attendu entre les prélèvements COVID-19 et l'émission des résultats est le résultat d'une organisation des laboratoires reposant sur la disponibilité des analyses dans les laboratoires de 9 des 13 hôpitaux de la grappe, dont deux laboratoires avec des équipements à haut débit (CHUL et IUCPQ).

■	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



L'Agrément

Lors de la visite d'Agrément Canada du 28 novembre au 3 décembre 2021, le CHU a reçu 28 recommandations. Dix recommandations demandaient une réponse pour le 22 novembre 2022. Les 18 autres recommandations ont une reddition de compte à faire pour le 28 septembre 2023.

DES RÉPONSES POUR LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES ONT ÉTÉ ENVOYÉES :

1. Les entrées du service des urgences sont clairement indiquées et accessibles.
 - a. **Plusieurs indications ont été installées à L'HDQ** pour diriger les usagers vers l'urgence, et ce, à l'intérieur et à l'extérieur.
2. Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.
 - a. Avant la COVID, ce corridor était utilisé pour faire les exercices de marche avec les patients. À ce moment, aucun chariot n'était dans le corridor. **Depuis la COVID, ce corridor n'est accessible qu'au personnel.** Aucun patient n'y circule. **Les marques sur le plancher ont été retirées** puisqu'elles ne sont plus utilisées.

3. Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.
 - a. **Des affiches ont été mises à différents endroits** ainsi que dans les urgences et dans les ascenseurs. L'affiche contient les droits des usagers ainsi que le numéro du Comité des usagers si une personne veut rejoindre ce comité. **Dans le journal de l'établissement, il y a eu un article qui a été publié** afin de rappeler ou de faire connaître aux intervenants les droits des usagers. L'article était écrit par le Commissaire aux plaintes et **une conférence a eu lieu sur les droits des usagers**. Le comité des usagers a également publié des articles, relativement aux droits des usagers, dans le journal de l'établissement.
4. Chaque usager est surveillé pour déceler d'éventuels incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.
 - a. Des démarches ont été faites avec la pharmacie afin d'effectuer le **changement de chariot de médicaments**. Des visites dans les autres hôpitaux du CHU ont été effectuées afin de **revoir l'aménagement du chariot**.
5. Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services (cette recommandation a été faite à deux secteurs).
 - a. **La signature du consentement aux soins débute à l'urgence** pour les patients qui sont aptes à le signer. Des audits ont été faits à l'urgence et sur les unités d'hospitalisation. **À l'urgence, le taux de compliance est de 61 %**. **Des rappels ont été faits aux infirmières** concernant l'obligation d'obtenir le consentement auprès des usagers lors du triage. **Des démarches sont effectuées auprès du fournisseur du logiciel afin d'obliger la demande de consentement pour fermer le dossier**.
 - b. **Pour les unités de soins, des audits ont aussi été faits**. **Des rappels ont été effectués aux intervenants** afin que ces derniers obtiennent le consentement si ce dernier n'apparaît pas au dossier.

6. L'équipement, les appareils et instruments médicaux et les fournitures propres et stériles sont rangés séparément de l'équipement souillé et des déchets selon les directives du fabricant.
 - a. L'utilité à L'HDQ qui avait un côté souillé et un côté propre servait à commencer la stérilisation des endoscopes. Le processus a été revu. Les endoscopes sont maintenant remis tout de suite après utilisation directement à l'URDM. Maintenant uniquement utilisé « propre » Matériel stérile dans les armoires du haut relocalisé.
7. L'intégrité de l'emballage de toutes les fournitures stériles est vérifiée.
 - a. **Mesure déjà en place et enseignée** dès le tronc commun des blocs opératoires, consolidation du message auprès des infirmières formatrices. **Rappel lors des rencontres d'équipe** de la façon de vérifier les emballages.
8. Un code vestimentaire est suivi dans le bloc opératoire.
 - a. **Règlement des blocs opératoires du CHU spécifie le code vestimentaire** (page 19). **Audits réalisés en 2021. Retour effectué aux équipes** pour consolider le tout
9. Le processus de décontamination prévoit le nettoyage de l'équipement et des dispositifs au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

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

L'implantation du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en remplacement de Gesrisk (gestion système d'information des risques) et des nouvelles lignes directrices liées à la déclaration étant récente, plusieurs activités ont été réalisées pour promouvoir la déclaration et la divulgation, pour former et accompagner les nouveaux déclarants et les collaborateurs désignés pour l'analyse sommaire dans divers secteurs de l'établissement. Des formations, des tournées de type « scrum » et des conférences portant sur la déclaration et la divulgation ont également été offertes aux équipes soignantes, aux médecins et résidents en médecine impliqués spécifiquement dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au CHU ainsi que dans des maisons d'enseignement par exemple à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences infirmières.

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

Trois principaux types d'incidents	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents N = 1 771	% par rapport à l'ensemble des événements N = 12 897
Problème de retraitement des dispositifs médicaux *	940	53	7
Autres types d'événements	547	31	4
Médication	129	7	1

La 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 = 11 126	% par rapport à l'ensemble des événements N = 12 897
Médication	4 474	40	35
Chutes	3 061	28	24
Autres types d'événements	964	9	8

* **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 2022-2023, tant les événements sentinelles et situations à risque que les principaux risques retenus en raison de leur fréquence ou de leur gravité ont fait l'objet de discussions et des suivis requis. Pour ce faire, l'expertise et la collaboration des membres du comité des événements sentinelles, du groupe d'experts en prévention des chutes et approches adaptées, du comité de sécurité des soins intensifs et du comité sur la sécurité des médicaments, du sous-comité de gestion des risques du projet du nouveau complexe hospitalier (NCH) ont été régulièrement sollicités.

Tout en restant vigilant aux impacts de la pandémie et de la pénurie de la main-d'œuvre, les membres du comité de gestion des risques ont accordé une attention particulière aux situations ci-dessous au cours de l'année 2022-2023 :

- Les chutes et la sécurité des médicaments;
- L'implantation d'un mécanisme de protection institutionnelle et populationnelle;
- L'étude du rapport Kamel portant sur les décès de personnes vivant en milieu d'hébergement;
- L'évolution de la situation liée aux bacilles à Gram positif producteurs de carbapénémase (BGNPC);
- Le plan de sécurité institutionnel;
- Un événement sentinelle en imagerie par résonance magnétique.

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 :

- Déploiement de la règle de soins « double vérification indépendante » pour la clientèle pédiatrique afin de rendre l'administration plus sécuritaire des médicaments à haut risque;
- Mise en place d'un programme de sécurité et un contrôle strict des accès dans les secteurs d'imagerie médicale afin de garantir la protection des personnes et de l'environnement;
- Fixation de tous les bacs de biorisque jaunes dans les chambres afin d'éviter une mauvaise utilisation de ces derniers;
- Changement des bacs de biorisque jaunes à cheminée pour des bacs à trappe à l'urgence du CHUL afin d'éviter qu'un enfant puisse y mettre sa main;
- Remplacement de deux appareils Hémochron par des appareils I-Stat permettant une précision adéquate du temps de céphaline activée (TCA), facilitant la prise de décision pour l'administration de l'héparine dans le cadre d'angioplastie coronarienne;
- Disponibilité des équipements nécessaires à un accouchement d'urgence aux soins intensifs (isolette et plateau d'accouchement), afin d'assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né.

Finalement, l'établissement s'est mobilisé rapidement au début de l'été 2022 en raison d'une tendance à la hausse des accidents graves dans la prestation des soins et des services. Cette situation a été suivie par plusieurs instances incluant le comité de vigilance et de la qualité et le conseil d'administration. Plusieurs actions ont été réalisées afin d'infléchir la tendance dont :

- Avis de compromission de soins – rappel au travail d'employés COVID + aptes au travail : encadrement par une nouvelle procédure PCI;
- Achat de médicaments dans un format déjà conditionné;
- Tournées dans les unités-services pour limiter la disponibilité d'un même médicament présenté dans plus d'une concentration;
- Déploiement du guide d'administration parentérale* en pédiatrie;
- Ajout d'imprimantes aux cabinets des médicaments aux urgences pour réduire les risques d'erreurs d'identification des patients;
- Ajout d'outils cliniques en format papier-affiches dans des espaces déterminés (lieux de préparation des médicaments et traitements en guise d'aide-mémoire), et ce, malgré la disponibilité électronique de ceux-ci;
- Ajout de soutien clinique (mentorat, préceptorat, visites intentionnelles, infirmières experts libérées et désignées monitrices) dans unités-services et quarts ciblés.

Les résultats de l'analyse approfondie de cette situation ainsi que des actions posées pour assurer la sécurité des usagers ont été partagés à la Table ministérielle de la qualité et de la sécurité des soins : une partie de cette information devrait être rapportée dans le *Rapport national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec*.

* **Parentérale** administré dans l'organisme autrement que par le tube digestif.

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 (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 2022-2023, les suivis et recommandations ci-dessous ont été effectués par le comité de gestion des risques :

- Les mesures préconisées pour s'ajuster à la réalité changeante de la pandémie à la COVID-19;
- L'état de situation relatif aux 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 sur l'utilisation des mesures de contrôle qui se déroulent à deux reprises dans l'année sur toutes les unités de soins du CHU. Le taux de prévalence est le nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle a été appliquée pendant une période de 24 heures, divisée par le nombre total d'usagers hospitalisés.

Date	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023	
	NOV. 2017	FÉV. 2018	NOV. 2018	FÉV. 2019	NOV. 2019	FÉV. 2020	NOV. 2020	FÉV. 2021	NOV. 2021	FÉV. 2022	NOV. 2022	FÉV. 2023
HEJ	6,83 %	4,50 %	5,97 %	5,74 %	5,57 %	4,99 %	8,69 %	6,69 %	7,55 %	6,80 %	9,24 %	6,87 %
HSS	3,19 %	2,40 %	2,50 %	0,81 %	0,76 %	0,78 %	1,64 %	1,80 %	2,61 %	2,52 %	1,64 %	3,85 %
CHUL	1,01 %	1,81 %	1,24 %	0,68 %	1,32 %	0,94 %	2,13 %	1,36 %	2,56 %	0,50 %	2,36 %	0,99 %
HSFA	2,16 %	2,89 %	1,24 %	3,38 %	2,51 %	0,87 %	3,61 %	3,06 %	4,44 %	1,79 %	0,00 %	2,25 %
L'HDQ	0,75 %	1,59 %	1,29 %	1,47 %	0,80 %	0,00 %	0,80 %	0,00 %	2,59 %	2,13 %	0,00 %	0,86 %
CHU	2,84 %	2,95 %	2,89 %	2,90 %	2,19 %	1,52 %	4,08 %	2,75 %	4,42 %	3,13 %	3,44 %	3,39 %

En 2022-2023, pour l'ensemble des sites du CHU de Québec-Université Laval, le taux de prévalence pour l'utilisation des mesures de contrôle a subi une hausse, lequel s'apparente aux données prépandémiques, où nous observions les taux les plus élevés. En novembre 2022, 37,5 % des mesures de contrôle utilisées étaient entre autres justifiées par un risque de chute. Enfin, une augmentation significative des heures de surveillance constante est observée par rapport à l'année précédente. Le manque important de main-d'œuvre, en partie expliqué par le contexte pandémique, laisse croire à un impact sur ces résultats. En effet, la main-d'œuvre semble insuffisante face à la demande de surveillances constantes et une augmentation de ces demandes a été attribuée aux agences de sécurité (main-d'œuvre indépendante). Parallèlement à ce constat, le nombre d'incidents et d'accidents liés au contexte de violence est en augmentation.

* Mesures de contention

Face à ces constats, des mesures de sensibilisation globales ainsi que du soutien clinique ont été offerts afin de baliser les règles d'utilisation des mesures de contrôle, aider les équipes à en restreindre l'utilisation et favoriser l'utilisation des mesures de remplacement, et ce, en mettant de l'avant l'AAPA ainsi que la gestion des troubles comportementaux. Pour cette année, compte tenu du nombre d'actes de violence, un plan d'action se concrétise en mettant de l'avant la non-tolérance de la violence dans l'organisation et ceci suit son cours. La nouvelle mouture de la formation Oméga a été amorcée, sous la forme de formation continue s'adaptant davantage aux besoins des équipes et à la capacité de libération de celles-ci. Par cette mise à jour, nous notons une augmentation de l'offre de la formation qui favorise le développement des employés à dispenser des soins et des services sécuritaires aux usagers.

La situation semble vouloir se stabiliser avec un taux de prévalence stable entre novembre 2022 et février 2023. Somme toute, ce taux demeure au-delà des taux obtenus avant la pandémie. Les efforts doivent être maintenus afin de limiter les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins offerts auprès des usagers. En ce sens, l'augmentation d'employés formés à l'approche Oméga demeure une priorité et est essentielle au maintien, voire à la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, l'ajout d'un formateur viendra augmenter l'offre des formations.

De plus, au cours de la prochaine année, le déploiement d'un formulaire informatisé fera son apparition au sein des unités ou services de l'organisation, et ce, pour objectif d'effectuer des demandes de surveillance constante en ayant une vigie en temps réel de celles-ci. Ce formulaire nous permettra d'avoir des données en ce qui concerne les raisons des demandes ainsi que les mesures de remplacements tentés avant de s'y rendre à la surveillance constante. En ce sens, du soutien clinique auprès des unités et service est offert afin de mieux outiller le personnel dans la prise de décision ainsi que les méthodes alternatives.

Depuis environ un an, l'ensemble du CHU a mis en place une démarche innovante de prévention de la violence, visant à détecter et prendre en charge rapidement les comportements à risque d'agressivité chez les usagers. Cette initiative a déjà fait ses preuves sur certaines unités sélectionnées, en réduisant les incidents de violence et en améliorant la satisfaction et la sécurité des travailleurs. Une équipe pluridisciplinaire a adapté cette approche à la réalité des urgences pour un déploiement organisationnel efficace ayant un impact réel sur les usagers et les travailleurs. La démarche promeut le travail en équipe et l'implication active de l'utilisateur et de sa famille dans la recherche de solutions pour prévenir les comportements violents. La communication et l'approche de pacification jouent également un rôle clé dans la mise en œuvre de la démarche, en particulier par l'utilisation systématique du plan de traitement infirmier (PTI) pour garantir l'application d'interventions appropriées pour prévenir la violence et réduire l'utilisation de mesures de contrôle.

Pour ce qui s'en vient, la remise en place des comités tels que le Comité Code Blanc* ainsi que le Comité Code SÉCU demeure un incontournable pour la prochaine année afin d'améliorer les pratiques et s'assurer de la pertinence des interventions. De plus, le maintien des activités du comité tactique interdisciplinaire sur les chutes, les mesures de contrôle et les surveillances constantes, dont le mandat consiste à proposer des initiatives d'amélioration continue permettant de rehausser la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins offerts aux usagers contribueront certainement à réduire l'utilisation des mesures de contrôle.

* **Code blanc** patient agressif

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

Au cours de l'année 2022-2023, voici les recommandations adressées à l'établissement.

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Prestation des soins	7	<ul style="list-style-type: none">Assurer la qualité des interventions du personnel de l'urgence dans le cadre de la disposition d'un corps;Prendre les mesures appropriées afin que les normes de triage et de réévaluation soient dûment appliquées à l'urgence.
Finances	72	<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.
Maltraitance	2	<ul style="list-style-type: none">Réaliser une évaluation systémique et approfondie du mode actuel d'organisation des services gériatriques, sur les plans de la fluidité et de la qualité des soins aux usagers âgés en situation de vulnérabilité;Élaborer un plan d'action détaillé avec échéancier en vue de l'élimination de tout séjour prolongé et injustifié à l'urgence chez les usagers âgés en situation de vulnérabilité.

81 recommandations sur **933** dossiers de plaintes et d'interventions traités

71 à portée individuelle
10 à portée systémique

13 recommandations sont en cours d'implantation au 31 mars 2023.

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 2022-2023, voici les recommandations des médecins examinateurs adressées à l'établissement.

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Accès	5	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de changements afin d'éviter des délais dans la prise en charge médicale; Planifier l'horaire estival afin d'éviter tout bris de continuité dans la prise en charge médicale; S'assurer que les notes médicales soient inscrites avec diligence aux dossiers des usagers.
Finances	1	<ul style="list-style-type: none"> Harmoniser les pratiques de facturation des médecins à l'égard des non-résidents.
Relations Interpersonnelles	2	<ul style="list-style-type: none"> Prendre connaissance d'une série de vidéos de formation sur les décès périnataux; Participer à un atelier de formation sur la communication professionnelle.
Prestation des soins	15	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer qu'un dossier soit examiné par un comité d'évaluation de l'acte médical; Donner suite aux demandes d'information et vulgariser les explications fournies; Se doter d'un mécanisme de suivi afin d'assurer un suivi diligent et efficace des tests et imageries; Compléter un rapport de déclaration à la suite d'un incident de soins; Modifier une directive de référence des patients en contexte de difficulté d'accès aux services.

23 recommandations pour
143 dossiers de plaintes médicales
comptant **225** motifs de plaintes

100 motifs ont fait l'objet
de **mesures correctives**

86 motifs **sans mesures**
et **39** motifs ont été **cessés**

16 des recommandations ont fait
l'objet d'un suivi à **la satisfaction**
des médecins examinateurs

7 recommandations sont en cours
d'implantation au 31 mars 2023.

Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement

Au cours de l'année 2022-2023, voici les recommandations du protecteur du citoyen adressées à l'établissement.

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">2</p>	<p>R1. Prendre les mesures nécessaires afin de développer une culture de cogestion avec un gestionnaire issu de chaque établissement pour les services d'urgences physiques et psychiatriques du CHUL et considérer tous les acteurs comme faisant partie d'une même équipe, les professionnels étant mobiles et effectuant des consultations dans chaque section.</p>	<p>Des actions planifiées au niveau opérationnel et tactique permettent d'actualiser nos pratiques de cogestion en tandem et mettent également à contribution les différents acteurs clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité de triage local du CHUL : vise l'amélioration continue de la qualité du processus de triage, incluant l'orientation vers l'aire d'attente ou l'aire de traitement appropriée. • Comité triage pan CHU de Québec-Université Laval : vise l'amélioration continue de la qualité du processus de triage et d'en tirer des constats pour l'ensemble des urgences. • Rétroactions individualisées auprès des employés des deux organisations lorsque des écarts sont constatés. • Mécanisme de communication avec les équipes en se basant sur le système de gestion de la performance du CHU de Québec-Université Laval, sous forme de Scrum¹ bimensuel : permet de régulariser rapidement les écarts et diffuser l'information pertinente.
	<p>R2. Développer une trajectoire de soins intégrés où l'utilisateur est orienté dans la section de l'urgence la mieux adaptée à ses besoins.</p>	<p>Différents outils sont utilisés à l'urgence du CHUL permettant d'orienter l'utilisateur au bon endroit et de s'assurer que celui-ci suit une trajectoire fluide en fonction de ses besoins, qu'ils soient de nature physique et/ou de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une trajectoire révisée récemment et diffusée aux équipes de soins. • Outil pour l'infirmière au triage - orientation vers l'aire d'attente urgence psychiatrique : celui-ci permet de préciser des critères à tenir en compte par l'infirmière du triage pour diriger l'utilisateur au bon endroit, tout en assurant la sécurité de l'utilisateur.

¹ Scrum : courte rencontre d'équipe, animée par le chef de service ou son équivalent, pour transmettre des messages et favoriser l'amélioration continue.

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
1	<p>R1. Effectuer un bilan du projet pilote portant sur le téléprétriage à l'urgence du CHUL, notamment en ce qui a trait à son impact sur le pourcentage des réévaluations.</p>	<p>Révision des « bancs de travail » des infirmières qui travaillent au téléprétriage, prétriage et aire de triage des ambulances et triage régulier afin d'identifier des leviers facilitateurs permettant d'être en mesure de faire la réévaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation d'une structure de travail opérationnelle qui permet d'assurer qu'une ressource infirmière soit identifiée plus spécifiquement comme étant responsable, un chef d'orchestre qui assure la vigie des réévaluations sans toutefois en retirer la responsabilité qui incombe à l'infirmière dans le cadre de son rôle au triage. • Instauration d'un processus de concertation et de collaboration (jumelage) entre l'infirmière au téléprétriage et triage afin de mettre en priorité la réévaluation. • Les chefs d'unité de l'urgence et les assistantes-infirmières-chefs visualisent dans le système la liste des réévaluations afin d'assurer la conformité des délais prescrits. Ce coup d'oeil rapide se fait plusieurs fois par jour. Cette façon de faire permettra d'intervenir davantage en temps réel et de s'assurer que le processus est respecté. • Élaboration et diffusion des statistiques sur la réévaluation, et ce, à chacune des périodes. Ces données seront partagées aux équipes dans une perspective d'amélioration continue et de maintien des bonnes pratiques cliniques. Ainsi, nous serons en mesure de porter des actions selon la nature des résultats, par exemple, revoir certaines pratiques, rencontrer les individus pour les écarts de pratique ou tout simplement souligner les bons coups.
1	<p>R1. Annuler la facture #1905278 de 644,21 \$ transmise à l'utilisateur concernant les frais pour l'occupation d'une chambre semi-privée.</p>	<p>La facture #1905278 a été annulée.</p>

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
5	<p>R1. Cesser de réclamer aux usagers non-résidents le tarif prévu à la circulaire pour une consultation à l'urgence à chaque période de 24 heures lorsque les soins et services se prolongent au-delà de 24 heures.</p> <p>R2. Modifier le formulaire d'engagement signé par les usagers non-résidents en retirant la mention que les frais de consultation à l'urgence s'additionnent toutes les 24 heures en continu.</p>	<p>1 et 2. La gestionnaire des urgences psychiatriques a diffusé une note de service concernant ces éléments (pièce jointe en annexe). Elle a également rencontré l'équipe clinique afin de faire de la sensibilisation à ce sujet sur une période de trois semaines lors des rencontres d'équipe et de façon individuelle, et ce, sur les trois quarts de travail (jour, soir et nuit).</p>
	<p>R3. D'élaborer une procédure conjointe en matière de mise sous garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui afin de déterminer les rôles et responsabilités des membres de leur personnel et professionnels respectifs oeuvrant au CHUL.</p>	<p>3. Directive émise par le CHU de Québec-Université Laval et le CIUSSS de la Capitale-Nationale adressée aux intervenants des urgences respectives de nos établissements à l'installation CHUL faisant état d'une trajectoire clinique conjointe en matière de mise sous garde en établissement.</p>
	<p>R4. De s'assurer que les personnes gardées contre leur gré au CHUL soient, dès leur prise en charge ou dès qu'elles semblent être en mesure de comprendre ces renseignements, informées du lieu où elles sont gardées, du motif de cette garde et du droit qu'elles ont de communiquer immédiatement avec leurs proches et un avocat, et que le tout soit consigné à leurs dossiers, que l'appel ait lieu ou non.</p>	<p>4. Un rappel des bonnes pratiques a été effectué auprès des équipes respectives du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CHU de Québec-Université Laval. Celui-ci a été fait par l'envoi d'une note de service distincte (annexe). Pour le CHU de Québec-Université Laval, l'initiative a également été prise de transmettre ce rappel, et ce, pour l'ensemble des urgences, non pas uniquement au CHUL. Dans ce contexte, les gestionnaires des urgences ont été chargés de s'assurer que les équipes saisissent l'importance et l'application de cette recommandation.</p>
	<p>R5. D'identifier un ou des lieux sur le site du CHUL afin de permettre aux personnes gardées contre leur gré d'effectuer leurs appels en toute confidentialité, et ce, à toute heure du jour et de la nuit.</p>	<p>5. Nous avons mis en place un système téléphonique sans fil permettant aux personnes gardées contre leur gré d'effectuer des appels en toute confidentialité à partir de leur chambre ou salle d'entrevue, selon la situation clinique, permettant ainsi à l'utilisateur l'accès à un lieu adapté et confidentiel pour réaliser ses appels.</p>

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
1	R1. Annuler les factures #1890400 et #1890452 totalisant 2 111,34 \$ transmises à l'usagère concernant les frais pour l'occupation d'une chambre semi-privée.	Factures annulées.
3	R1. Que le CHU de Québec réévalue la désignation du RSD selon le profil suggéré dans le document de référence à l'intention des organismes publics concernant la procédure visant à faciliter la divulgation d'actes répréhensibles – mai 2017 afin de s'assurer que la personne désignée à titre de RSD exerce ses fonctions sans contraintes avec ses mandats organisationnels, d'ici le 31 janvier 2023.	La plus haute autorité administrative (PHAA) du CHU, après évaluation, maintient le RSD actuel en poste.
	R2. Que le CHU de Québec mette à jour la politique et procédure d'application de la LFDAROP, pour inclure les changements apportés à la Loi depuis le 18 octobre 2018, notamment la compétence de l'AMP dans les processus d'adjudication, d'attribution ou d'exécution de contrat public (art 12, par. 4.1), d'ici le 31 janvier 2023.	Le conseil d'administration a procédé à l'adoption de la politique et de procédure d'application de la loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics le 26 janvier 2023.
	R3. Que le CHU de Québec publicise la politique et procédure d'application de la LFDAROP de façon récurrente au sein de l'organisme pour que celle-ci soit connue et accessible à son personnel, d'ici le 31 janvier 2023.	Le Plan de diffusion de la Politique et de procédure d'application de la loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics ainsi que divers documents ont été envoyés le 2023-03-30.

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
<p style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">10</p>	<p>R1. S'assurer, en collaboration avec le service de prévention des infections qu'à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, le personnel de l'URDM et du bloc opératoire que les visiteurs externes, comme les représentants médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respectent les exigences en matière d'hygiène des mains lorsqu'ils entrent dans la zone de décontamination et en sortent. • Portent l'équipement de protection individuelle lorsqu'ils entrent dans la zone de décontamination. <p>R2. S'assurer que les membres du personnel de l'URDM de l'HEJ n'utilisent pas leur téléphone cellulaire à l'intérieur des locaux de l'URDM et qu'ils comprennent les risques de transmission d'infection associés à son utilisation.</p> <p>R3. S'assurer, en collaboration avec le PCI, que le personnel de l'URDM de l'HEJ respecte les normes suivantes en matière de retraitement des dispositifs médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La désinfection des éviers et des surfaces de travail avant de procéder au nettoyage manuel d'un dispositif médical. • L'immersion complète de tous les dispositifs médicaux immersibles lors du prénettoyage, du nettoyage et du brossage. • Le changement de gants entre les deux rinçages lors du nettoyage manuel d'un dispositif médical immersible. 	<p>Mesures à prendre d'ici le 30 juin 2023.</p>

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence de gestion qui augmente les risques de contamination croisée entre les dispositifs médicaux souillés et les dispositifs médicaux propres. • Le changement, après chaque utilisation, du linge propre destiné au séchage des endoscopes et des sondes. • La désinfection, après chaque utilisation, des récipients en plastique utilisés pour le transport des endoscopes et des sondes en zone propre. • Le respect du temps de nettoyage requis pour tous les endoscopes et les sondes, peu importe leur degré de criticité. • Le nettoyage, une à la fois dans l'évier, des sondes utilisées avec une gaine de protection. <p>R4. Rappeler au personnel de l'URDM de l'HEJ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance que revêt chaque étape du processus de retraitement des dispositifs médicaux, même lorsqu'à la suite du nettoyage, le retraitement se poursuit vers une désinfection de haut niveau ou une stérilisation. • Les conséquences du non-respect des normes sur la qualité et la sécurité des soins. • L'importance qui doit être accordée à l'accomplissement d'un travail de qualité, et que la rapidité d'exécution ne doit pas être favorisée au détriment de la qualité. <p>R5. Conscientiser le personnel de l'URDM de l'HEJ, en collaboration avec la PCI, quant aux gestes qui peuvent compromettre la propreté des dispositifs médicaux en zone propre.</p>	

RECOMMANDATION	MOTIF	MESURES MISES EN PLACE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS
	<p>R6. S'assurer, en collaboration avec la PCI, que le personnel de l'URDM de l'HEJ adopte de bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains lorsqu'il manipule des dispositifs médicaux propres, et qu'il connaît les moments où cette hygiène doit être effectuée.</p> <p>R7. S'assurer qu'à l'URDM de l'HEJ, tous les dispositifs médicaux qui ne passent pas le contrôle de qualité en zone propre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retourner en zone de décontamination de façon conforme, c'est-à-dire sans risques de contamination de la zone propre. • Recommencent le processus de retraitement dans le respect des normes. <p>R8. S'assurer, dans le but de préserver la stérilité des dispositifs médicaux, que l'accès à la zone stérile et à la zone propre de l'URDM de l'HEJ soit restreint aux personnes qui doivent s'y trouver dans le cadre de leur travail.</p> <p>R9. Rappeler, au personnel de l'URDM de l'HEJ, l'importance de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garder dégagés et en ordre les comptoirs et les surfaces de travail dans la zone propre et la zone stérile. • Porter une attention particulière aux objets qui sont jetés dans les poubelles ou placés dans les poches de linge sale, pour qu'ils ne se retrouvent pas sur le plancher. <p>R10. Désencombrer le rebord des fenêtres de l'URDM de l'HEJ, en vue de favoriser le maintien de la propreté.</p>	
TOTAL 23		

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

Au cours de l'année 2022-2023, deux avis du coroner adressaient des recommandations à l'établissement. Le premier avis recommandait « *la mise en place d'une équipe d'intervention de première ligne pour venir en soutien aux médecins de l'urgence afin d'assurer une prise en charge optimale de la clientèle présentant des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale en procédant à une évaluation exhaustive de chaque cas dans une démarche spécialisée au niveau des soins et des services requis offerts par l'établissement ou dans la communauté* ». Divers travaux étant déjà amorcés entre le CHU et le CIUSSS de la Capitale-Nationale, cette recommandation a permis de compléter ceux-ci avec les trois actions suivantes :

- 1) hiérarchisation de la sévérité des situations, des besoins et de la nature des interventions requises,
- 2) repérage systématique de la dépendance, et
- 3) révision des rôles et responsabilités des intervenants des deux établissements avec un souci de complémentarité, de collaboration et d'efficacité.
Le second avis du coroner recommandait : « *d'analyser le dossier et de revoir plus particulièrement l'attribution du code P4 lors de l'évaluation au triage et le temps pris pour la démarche diagnostique et thérapeutique, de rapporter aux proches « dès que faire se peut » la détérioration et le décès inattendu d'un parent amené à l'urgence, et de rappeler l'article 34 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès aux professionnels de l'urgence* ». Cet événement a fait l'objet d'une analyse approfondie par plusieurs instances dont le comité des événements sentinelles, le comité de morbidité et de mortalité du service d'urgence concerné ainsi que du comité de gestion des risques. Ainsi, des rappels ont été réalisés auprès des intervenants des urgences à propos de l'importance d'informer rapidement les proches lors d'une détérioration rapide ou d'un décès, et des circonstances exigeant d'aviser le coroner.

Liste des recommandations des autres instances adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suites aux recommandations

PLUSIEURS ORGANISMES ONT ÉMIS DES RECOMMANDATIONS LORS DE LEUR VISITE DE CONFORMITÉ. MENTIONNONS ENTRE AUTRES :

Laboratoires du Centre hospitalier universitaire de l'Université-Laval (CHUL) (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
CHUL	2023-01-12	Vérification Procédures Analytiques 5.5.1.2		Rédaction des rapports de vérification pour le Luminex LAB SCAN 3D et le Plan de formation Maxwell
	2023-01-12	Revue Direction 4.15		Le mandat du comité EBMD a été revu afin d'y inclure tous les éléments qui permettront un bilan plus complet pour la revue de direction.
	2023-01-12	Incertitude Mesure 5.5.1.4		Inclure l'incertitude au rapport de vérification du Luminex Lab Scan 3D
	2023-01-12	Processus Préanalytiques 5.4.5		NC02 1) i) Une collecte de données a été effectuée pour vérifier ce qui était fait sur chacun des sites à la réception des glacières. NC02 1) ii) Discuter du sujet au niveau provincial avec les autres grappes afin de voir qu'elle est l'approche idéale pour assurer l'intégrité des échantillons. Les différents éléments à discuter sont : l'évaluation de la pertinence des critères de conservation et de transport, la validation des glacières, l'outil de traçabilité de températures et la gestion des risques. 1ère rencontre provinciale : 31 janvier 2023 à 16h00. NC02 2) Rédiger l'évaluation des risques associée au transport par pneumatique.
	2023-01-12	Personnel 5.1		Rédiger un plan de formation pour le Maxwell -Fait
	2022-11-04	Contrôle Externe Qualité 5.6.3.3		Analyser les contrôles externes avec la même méthode qui est utilisée pour analyser un échantillon de patient. Fait

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
CHUL	2022-12-01	4.2 Procédures opératoires (accès) 4.2.2.5, 4.6.1.4.	Banque de sang – médecine transfusionnelle	Application de la nouvelle version de la procédure GP-II-C6-6.3 et autres terminologies reliées au laboratoires en janvier 2023.
	2022-11-04	Équipements 5.3.1.4 - 5.3.1.5 - 5.3.1.7 i)		NC 05 1) : Faire la vérification de toutes les pipettes dont la certification est expirée. NC 05 2) : Documenter le programme de maintenance dans Intéral. NC 05 3) : Réattribution de l'entretien du poste de travail microscopie et osmomètre au personnel de jour. Communiquer l'information au personnel.
	2022-11-04	Réactifs Consommables 5.3.2		NC06 1) Réduire l'inventaire conservé au réfrigérateur afin d'y entreposer uniquement les produits nécessaires aux besoins journaliers. NC06 2) Faire un rappel en Scrum d'indiquer les dates sur les réactifs.
	2022-11-04	Vérification Procédures Analytiques, Incertitude de mesure 5.5.1.2, 5.5.1.4		NC07 1) Rédiger les rapports de vérifications manquants. Les vérifications pour les analyses calcitonine seront effectuées au moment du transfert de ces analyses vers le nouvel analyseur. NC07 2) Inclure la répétabilité aux rapports.
	2022-11-04	Incertitude Mesure 5.5.1.4		NC08 : Produire les données d'incertitude pour les analyses de gaz sanguin, de calcium ionisé et de l'anti-transglutaminase.
	2023-01-12	Gestion Informations 5.10.3 e		NC09 : Les entrées manuelles seront vérifiées selon le processus en place.
	2022-11-04	Maitrise Documents 4.3		NC10 : a) Informer le personnel de l'importance d'inclure les aide-mémoires dans la gestion documentaire. b) Création de documents contrôlés.
	2022-11-04	Un laboratoire accrédité ne se déclare accrédité que pour les activités pour lesquelles il a obtenu l'accréditation CCN		NC11 : Le texte suivant a été inscrit sur la page d'accueil de notre manuel des prélèvements : Les listes des analyses accréditées ISO 15189, ISO 22870 et CAN/CSA Z902 pour nos différents laboratoires se trouve à l'adresse suivante : www.scc.ca/fr/accreditation/programmes/laboratoires-medicaux/repertoire

Laboratoires de l'Hôpital Chauveau (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Hôpital Chauveau	2022-12-16	Équipements 5.3.1		NC01 a) Remplacer le thermomètre. NC01 b) Remplacer l'hygromètre

Laboratoires de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
HEJ	2023-02-10	Contrats Prestations 4.4		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Réactifs Consommables 5.3.2		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Locaux Conditions Environnementales 5.2		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Vérification Procédures Analytiques 5.5.1.2		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Compte Rendu Résultats 5.8		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Incertitude Mesure 5.5.1.4		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Contrôle Interne Qualité 5.6.2		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Gestion Informations 5.10		Réponse pour le 11 avril 2023.

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
HEJ	2023-02-10	Maîtrise Enregistrements 4.13		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Contrôle Externe Qualité 5.6.3		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Identification Maîtrise Non-Conformités 4.9		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Gestion des risques 4.14.6		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Comparabilité Résultats Examen 5.6.4		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Processus Post Analytiques 5.7		Réponse pour le 11 avril 2023.
	2023-02-10	Équipements 5.3.1		Réponse pour le 11 avril 2023.

Laboratoires de l'Hôpital Jeffery Hale (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Jeffery Hale	2023-01-27	Vérification 5.5.1.2		Rédaction des rapports de vérification
		Réparation du matériel 5.3.1.5 ISO 22870 5.31		Documenter le programme de maintenance dans Intéral.

Laboratoires de L'Hôtel-Dieu de Québec (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
L'HDQ	2022-12-01	Maitrise Documents 4.3		<p>NC01 : Intégration des aide-mémoire conformément à la procédure de gestion documentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • bacille Gram négatif multirésistant <p>Les aide-mémoire suivants ont été retirés, nous avons jugé qu'ils ne nous étaient plus nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ensemencement LBA pour mycologie • identification et antibiogramme hémoculture • - procédure saisie hémoculture
	2022-12-01	Documentation Procédures Analytiques 5.5.3		NC 02 1) Communication pour informer le personnel qu'il doit faire un contrôle négatif en plus du positif.
	2022-12-01	Processus Préanalytique Transport 5.4.5		<p>NC03 : Rédiger l'évaluation des risques associée au transport par pneumatique.</p> <p>Preuves</p> <p>NC03 i) Rapport validation syst. pneumatique BDS</p> <p>NC03 ii) Rapport d'analyse de risques HDQ</p>
	2022-12-01	Contrôle Interne Qualité 5.6.2		NC04 : Mise en place du CiQ.
	2022-12-01	Équipements 5.3.1		<p>NC05 a) Registres des hottes créés. La date d'entrée en vigueur prévue est le 2 février 2023.</p> <p>NC05 b) Pièces ciblées ont été changées le 2022-12-06. Évaluation de risque effectuée selon avec le GBM en se renseignant sur l'usage des pièces en causes qui étaient en attente d'être changées.</p>

Laboratoires de l'Hôpital Saint-François d'Assise (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
HSFA	2023-01-12	Contrôle Interne Qualité 5.6.2		NC01 Évaluer et documenter la revue des tendances.
	2023-01-12	Intervalles Référence Biologique 5.5.2		NC02 Mettre à jour les étiquettes utilisées lors de pannes informatiques.
	2023-01-12	Identification Maîtrise Non Conformités 4.9		NC03 Déclarer une non-conformité pour chacune des pipettes non conformes et évaluer l'impact sur les résultats obtenus avec ces pipettes.
	2023-01-12	Équipements 5.3.1		NC04 1) Planifier un rappel annuel pour étalonner la centrifugeuse. NC04 2 a) Le GBM a effectué la maintenance mensuelle et commandé la vis défectueuse. NC04 3) Faire certifier le thermomètre.
	2023-01-12	4.6.1 Système qualité (révision des PONs aux 2 ans)		NC05 Harmoniser, réviser et mettre en application les procédures du Coombs direct, du titrage d'anticorps et de la réception et mise en inventaire des produits sanguins.
	2023-01-27	Enregistrements 4.13		NC06 1 : Mettre à jour les enregistrements de suivi de température et d'humidité du thermotron en ajoutant le type de spécimen analysé. NC06 2 : Mettre à jour les procédures pour l'utilisation des Thermotrons et l'étalement des culots cellulaires au Thermotron

Laboratoires de l'Hôpital du Saint-Sacrement (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
HSS	2023-01-26	Équipements 5.3.1		Remplacer les équipements défectueux
	2023-01-26	Contrôle Interne Qualité 5.6.2		NC02 a) Justification du Dr Leclerc
	2023-01-26	Audits 4.14.5		Suivre le programme d'audits
	2023-01-26	Locaux Conditions Environnementales 5.2		Respecter la procédure « Procédure de prélèvements oculaires PO-ET-M-G-003 »
	2023-01-26	Contrôle Externe Qualité 5.6.3		Acquisition par le laboratoire d'HSS d'un programme de contrôle externe non partagé avec un autre site.
	2023-01-26	Réactifs Consommables 5.3.2		NC06 2) Remplacer l'immunosaline
	2023-01-26	Maitrise Documents 4.3		Mise à jour des documents
	2023-01-26	Actions Correctives Préventives 4.10 et 4.11		Tenue d'un registre

Laboratoire de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Baupré (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
HSAB	2022-12-12	Maîtrise Enregistrements 4.13		NC01 : Consigner l'information à l'endroit approprié. Création d'un ENRe.
	2022-12-12	Processus Préanalytiques 5.4		NC02 Rédiger l'évaluation des risques associée au transport par pneumatique.

Laboratoires de La Malbaie (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
La Malbaie	2022-11-18	Équipements 5.3.1	ISO 15189	Remplacer les équipements défectueux
	2022-11-18	Contrôle Interne Qualité 5.6.2	ISO 15189	Mise en place du CiQ
	2022-11-18	Réactifs Consommables 5.3.2	ISO 15189	Faire un rappel en Scrum d'indiquer les dates sur les réactifs.
	2022-11-18	Vérification Procédures Analytiques 5.5.1.2	ISO 15189	Rédaction des rapports de vérification
	2022-11-18	Gestion documentaire -Système de qualité 4.3 (ISO 15189) - 4.6.1.6	ISO 15189	Mettre en place les midis-formations pour discuter entre autre des nouvelles procédures.

Laboratoires des Iles-de-la-Madeleine (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Iles-de-la-Madeleine	2022-10-27	Équipements 5.3.1.4 d	Laboratoires	NC01 : Faire la demande d'étalonnage du tachymètre au GBM. Envoi du tachymètre par le GBM chez QualitéSûr afin d'être calibré
	2022-10-27	Documentation Procédures Analytiques 5.5.3 c)	Laboratoires	NC02 : Ajouter la vitesse de centrifugation dans les procédures PDIL-S-4 et PDIL-S-32-pols-8. Faire des tests de vérifications pour ajuster le temps de centrifugation.
	2022-10-27	Réactifs Consommables 5.3.2.1	Laboratoires	NC03 i) Prise de connaissance de la POLO-8 par l'ensemble du personnel afin de savoir comment doivent être gérés les réactifs et consommables. NC03 ii) Mise en place d'un fichier de suivi des réactifs utilisés pour les colorations en hématologie. Cet outil sera utilisé pour l'ensemble des réactifs du Laboratoire.

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Iles de la Madeleine	2022-10-27	Responsabilité Organisation Management 4.1.1.4 n)	Laboratoires	NC04 : Le plan de contingence existant sera bonifié avec l'ajout des équipements de remplacement. Le processus sera décrit afin d'assurer une offre de service pour les analyses jugées essentielles.
	2022-10-27	Identification Maîtrise Non-Conformités, Actions correctives, Action préventives 4.9 4.10 4.11	Laboratoires	NC05 1) i) S'assurer que l'ensemble du personnel prenne connaissance de la POLO-47 NC05 1) ii) Donner une formation sur le processus de gestion des non-conformités et expliquer comment compléter le formulaire ENR-760 NC05 1) iii) Compléter un ENR-760
	2022-10-27	Enregistrements réactifs et consommables 5.3.2.7 h 5.3.2.7 b)	Laboratoires	NC06 1) : Des étiquettes conformes ont été mises en utilisation, facilitant l'inscription des informations obligatoires sur les tubes. NC06 2) : Les résultats des contrôles sont inscrits dans Unity Real Time et le numéro de lot de saline est ajouté en commentaire. De plus, le lot de saline est également inscrit dans le rapport-résultat du Simplexa. NC06 : 3a) Prendre connaissance de la POLO-8 afin de faire une saine gestion des réactifs et consommables. 3b) Mettre en place un fichier permettant d'effectuer le suivi des lots de tubes.
	2022-10-27	1.1 Processus Analytiques 5.5.1.1	Laboratoires	NC07 : Installer un nouveau vortex au poste des urines afin qu'il y en ait un de disponible pour chacun des postes de travail.
	2022-10-27	2 Contrôle Interne Qualité, tendances 5.6.2.1 5.6.2.3	Laboratoires	NC08 1) Effectuer l'analyse du contrôle Clinitol. NC08 2a) Informer le personnel du processus de revues des contrôles de qualité (PRO-177). NC08 2b) Documenter la revue des CiQ
	2022-10-27	Évaluations Et Audits 4.14.7	Laboratoires	NC09 a) En mars 2022, une nouvelle version du logiciel Omnilab a été installée pour le laboratoire des IDLM. Les nouvelles fonctions permettent l'extraction des données intéressantes pour le suivi d'indicateurs qualité. b) Le 28 novembre 2022 : Nomination de Dr Jean Longtin à titre de Directeur médical associé OPTILAB, responsable des volets qualité et pertinence clinique au sein de notre équipe de direction. c) Mise en place du comité provincial des indicateurs de qualité pour lequel Dr Longtin représentera la grappe de la Capitale-Nationale d) Mettre en place le processus et la documentation relative aux indicateurs dans la grappe e) Établir les indicateurs en priorisant ceux ayant un impact sur le patient

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Iles-de-la Madeleine	2022-10-27	Maitrise Documents 4.3	Laboratoires	NC10 a) Prendre connaissance de la PRO-3. NC10 b) Mettre en place les midis-formations pour discuter entre autre des nouvelles procédures.
	2022-10-27	Responsabilité Organisation Management 4.1.2.6	Laboratoires	NC11 1) : Mettre en place les midis-formations. NC11 2) : Mettre en place les midis-formations. NC11 3) : a) Pour les prochaines évaluations, un membre de l'équipe Qualité sera sur place. b) Le texte suivant a été inscrit sur la page d'accueil de notre manuel des prélèvements. Les listes des analyses accréditées ISO 15189, ISO 22870 et CAN/CSA Z902 pour nos différents laboratoires se trouvent à l'adresse suivante: https://www.scc.ca/fr/accreditation/programmes/laboratoires-medicaux/repertoire Cette information a été transmise lors de la midi-formation du 2022-11-15
	2022-10-27	Personnel 5.1.5	Laboratoires	NC12 i) CR scrum gestionnaires Optilab 2023-01-12
	2022-10-27	Personnel 5.1.6	Laboratoires	NC13 : Développer des moyens permettant d'évaluer la compétence des employés : a) Mettre en place des midis-formations pour le personnel afin d'offrir entre autres des formations sur les procédures en utilisation. b) Bonifier les plans de formations pour inclure une évaluation suite à la formation.
	2022-10-27	Services Externes Approvisionnement 4.6	Laboratoires	NC14 : Discuter avec les partenaires de ce qui est attendu de leurs services et mettre par écrit les attentes.
	2022-10-27	Banque de Sang Médecine Transfusionnelle 4.2.2.5 - 4.3.3.1 - 11.4.15	Laboratoires	NC15 1) Rapatrier les budgets et les responsabilités des chargées de sécurité transfusionnelle dans la grappe de la Capitale-Nationale : NC15 2) Évaluation de la possibilité d'implanter le programme de formation du CHU de Québec aux îles est en cours : NC15 3) Revoir la PDIL-N-2 et modifier la requête sur laquelle les signes vitaux sont inscrits (Avril 2023)

**Laboratoires de l'Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec (2022)**

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
IUCPQ	2022-12-15	Maîtrise Enregistrements 4.13		NC01 : L'enregistrement de la vérification de la coloration a été ajouté dans Kalilab au programme de maintenance du poste de microscopie du laboratoire d'hématologie.
	2022-12-15	Contrats Prestations 4.4		NC02 : Revoir le texte du MGQ-110 pour décrire l'utilisation de Nagano pour les projets de recherche.
	2022-12-15	Vérification Procédures Analytiques 5.5.1.2		NC03 a) Rédaction du rapport de vérification de l'hémoglobine plasmatique. NC03 b) Établir un plan de vérification pour la myoglobine et fournir justification pour les drogues de rue.
	2022-12-15	Information au receveur et consentement 11.2	CSA-Z902	NC04 : Rappeler aux prescripteurs à l'aide d'un mémo dans l'info DSP ainsi qu'à la «Table des Chefs de l'IUCPQ», que le consentement doit être effectué et documenté.
	2022-12-15	Identification Maîtrise Non- Conformités 4.9		NC05 Correction du registre afin de refléter le besoin particulier de son contenu. Intégration d'un enregistrement de la non-conformité a l'endos du registre de température, incluant les actions immédiates prises sur tous les registres de température des appareils de conservation du laboratoire. Une affiche a été ajoutée sur le congélateur afin de s'assurer que personne ne place de réactifs plus sensible dans ce congélateur. Le personnel du laboratoire a été avisé en Scrum de ce nouveau mode de fonctionnement. Révision du contenu du réfrigérateur afin de revoir les températures de conservation attendu chaque trousse.
	2022-12-15	Équipements 5.3.1		NC06 1 a) Aucune action requise puisque la vérification est effectuée régulièrement. NC06 1 b) Commander un nouveau thermomètre/baromètre. NC06 2 a) Pathologie : i) Installer la nouvelle unité acquise ii) Faire une rencontre Teams le 30 janvier 2023 avec le chef de service de la DST, monsieur Christian Drolet, pour répondre aux questionnements concernant cette hotte. iii) Faire certifier l'appareil de filtration par une compagnie externe Abatement Technologies au début mars 2023. iv) Effectuer un entretien préventif de l'appareil en fonction en février (voir bon de travail 1)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
IUCPQ				v) Établir un plan l'entretien préventif récurrent au 2 mois (voir bon de travail 2) NC06 2 b) Communiquer avec le GBM pour ajouter le changement de filtres HEPA au programme de maintenance. L'absence de changement de filtre n'a pas eu d'impact sur les résultats des analyses puisqu'aucune contamination n'a été observée dans les milieux de culture du laboratoire ou plus particulièrement sur les milieux de culture incubés dans cette étuve. NC06 3) Demander au fournisseur les preuves des maintenances du Cliniteck Novus.
	2022-12-15	Personnel 5.1		NC07 Réévaluer la pertinence de l'utilisation des glucomètres Performa dans les secteurs ambulatoires, puis les retirer ou les remplacer par des glucomètres Inform II si possible. Mettre en place un programme de formation et de recertification adapté à l'utilisation restante de cette technologie.

Tous les laboratoires de la grappe (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
TOUS	2022-12-15	Processus Préanalytiques 5.4		Rédiger l'évaluation des risques associée au transport par pneumatique.

Laboratoires de Portneuf (2022)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Non-conformités	Secteurs	
Portneuf	2023-01-12	Équipements 5.3.1		NC01 Faire le suivi des demandes.
	2023-01-12	Maitrise Documents		NC02 Poursuivre et terminer la migration des documents dans la nouvelle gestion documentaire.
	2023-01-12	ISO 22870 EBMD interne		Production d'un rapport documenté et revu par un spécialiste qualifié démontrant qu'il n'y a pas de risque à utiliser une solution de contrôle ouverte jusqu'à la date de péremption écrite par le fabricant.

Commission canadienne de sûreté nucléaire

				ÉTAT DES SUIVIS			
Site	Service/unité	Date rapport	Directives/Avis d'action	Responsable	Échéancier	Date d'implantation	Commentaires
HEJ	CIC	2022-09-29	Le bouton de délai dans les salles mécaniques des accélérateurs ne permet pas une vue complète de la salle mécanique	Mario Chrétien		2022-11-11	Des miroirs seront ajoutés afin de permettre une vision complète des salles mécaniques possédant des angles morts. Nous évaluons également la possibilité de mettre une barrière pour éviter l'occupation de certaines zones non visibles lorsque le bouton de délai est utilisé. Les mesures correctives seront réalisées avant le 31 décembre 2022.
	CIC	202-09-292	Les éléments de sûreté ne sont pas présents dans les salles de rangement 1 et 2 du HDR	Mario Chrétien		2022-11-11	Nous évaluons la possibilité de mettre une barrière pour éviter l'occupation dans les salles de rangement. Les mesures correctives seront réalisées avant le 31 décembre 2022
	CIC	202-09-292	Les numéros de permis ne sont pas indiqués sur le document de transfert.	Mario Chrétien		2022-11-11	Le numéro de permis a été ajouté durant l'inspection dans notre document de transfert (feuille Excel). Il est à noter que notre document de transport contiendra le numéro de permis du destinataire afin de faire office de document de transfert.
HDQ		202-09-292	Un panneau signalant la présence de rayonnement était affiché sur la porte d'un tomodensitomètre qui n'était plus en mesure de produire du rayonnement.	Mario Chrétien		2022-11-11	L'affichage frivole a été retiré lors de la visite et donc, aucun suivi n'est nécessaire pour cet avis de non-conformité.
		202-09-292	Aucune copie du permis ou avis de permis n'était affiché dans un endroit bien en évidence sur les lieux de l'activité autorisée.	Mario Chrétien		2022-11-11	Un avis de permis a été affiché lors de l'inspection au point d'accès du lieu de l'activité autorisée. Ce faisant, aucun suivi n'est nécessaire pour cet avis de non-conformité.

Transports Canada (HSS)

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Critère	Observations	
HSS	2022-10-24	Règ. TMD: 6.3 (1) (a)	Remarques réglementaires <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de formation manque le nom et/ou l'adresse de la place d'affaires de l'employeur. 	La formation sur le transport des marchandises dangereuses est donnée via la plateforme ENA. Cette province est utilisée par tous les organismes du réseau de la santé du Québec. Une demande a été faite afin de modifier le gabarit du certificat afin d'y inclure un endroit pour le nom de l'établissement. Ainsi les gestionnaires qui doivent signer le certificat des employés doivent y inscrire l'adresse de l'établissement en plus de signer et de dater le document. Sur les certificats déjà émis aux laboratoires, tous les gestionnaires ont été avisés de revoir les certificats et d'y inscrire le nom et l'adresse de l'établissement.
		Règ. TMD: 2.3	Remarques réglementaires <ul style="list-style-type: none"> • Omission d'utiliser l'appellation réglementaire, comme indiqué dans la colonne 2 de l'annexe 1 et / ou les données correspondantes pour cette appellation réglementaire, qui figurent aux colonnes 1, 3 et 4 de l'annexe 1. 	En révisant la réglementation, je ne crois pas que ce soit une non-conformité. En effet, l'article 2.3 du RTMD mentionne d'utiliser l'appellation réglementaire de la colonne 2 de l'annexe 1 comme nom de la marchandise dangereuse. Par contre, tel que mentionné dans la légende de l'annexe 1 à la Col. 2, "chaque appellation réglementaire est en lettres majuscules (capitales) et la description est en lettres minuscules". Ainsi, le nom de la marchandise dangereuse dans notre document de transport serait conforme pour le numéro UN2915, soit "MATIÈRES RADIOACTIVES EN COLIS DE TYPE A".

Transports Canada HEJ

				ÉTAT DES SUIVIS
Site	Date rapport	Critère	Observations	
HEJ	2022-10-27	Règ. TMD: 6.3 (1) (a)	<p>Remarques réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de formation manque le nom et/ou l'adresse de la place d'affaires de l'employeur. 	<p>La formation sur le transport des marchandises dangereuses est donnée via la plateforme ENA. Cette province est utilisée par tous les organismes du réseau de la santé du Québec. Une demande a été faite afin de modifier le gabarit du certificat afin d'y inclure un endroit pour le nom de l'établissement. Ainsi les gestionnaires qui doivent signer le certificat des employés doivent y inscrire l'adresse de l'établissement en plus de signer et de dater le document.</p> <p>Sur les certificats déjà émis aux laboratoires, tous les gestionnaires ont été avisés de revoir les certificats et d'y inscrire le nom et l'adresse de l'établissement.</p>
		Règ. TMD: 3.4 (1)	<p>Remarques réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les renseignements figurant sur le document d'expédition ne sont pas facilement reconnaissables ou sont illisibles, ou ne sont pas rédigés en français ou en anglais. 	Le service d'hygiène et salubrité utilise des documents d'expédition lisibles pour toutes les expéditions des marchandises dangereuses
		Règ. TMD: 4.4 (1) (a)	<p>Remarques réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expéditeur omet d'apposer les indications de danger - marchandises dangereuses exigées sur le petit contenant avant de l'importer ou de permettre à un transporteur d'en prendre possession. 	Le Service hygiène et salubrité a remplacé les indications de danger - marchandises dangereuses (étiquettes) qui sont illisibles ou détériorées sur les contenants par des étiquettes lisibles.
	2022-10-27	Règ. TMD: 4.10.1 (1) (c)	<p>Remarques réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omission de charger et d'arrimer des marchandises dangereuses dans un contenant ou de charger et d'arrimer un contenant sur un moyen de transport d'une manière à éviter tout dommage pouvant causer un rejet accidentel de marchandises dangereuses dans des conditions normales de transport. 	Le Service hygiène et salubrité s'assure que les boîtes de carton qui renferment des bouteilles en plastique contenant des liquides inflammables de la classe 3 sont bien fermées pour éviter qu'aucun rejet accidentel ou des fuites au moment de son transport
		Règ. TMD: 6.1 (1)	<p>Remarques réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutention, demande de transport ou transport de marchandises dangereuses sans posséder une formation appropriée et être titulaire d'un certificat de formation conformément à la partie 6 du règlement sur le TMD, 	Le Service logistique hospitalière a émis les certificats de formation TMD qui contiennent l'adresse de l'établissement de l'employeur, une date d'expiration et une signature de l'employeur et de l'employé. détient des certificats de formation conformes et valides.

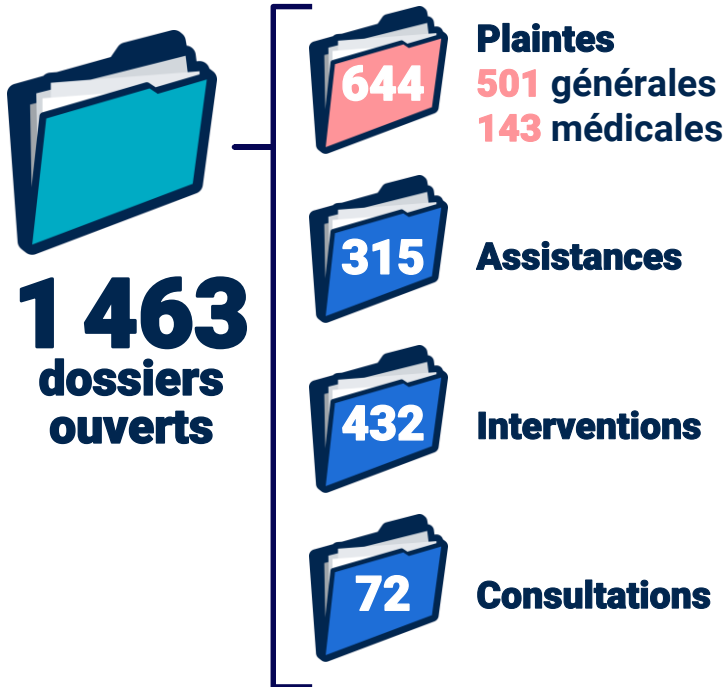
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier)

LES MISES SOUS GARDE ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2022 ET LE 31 MARS 2023

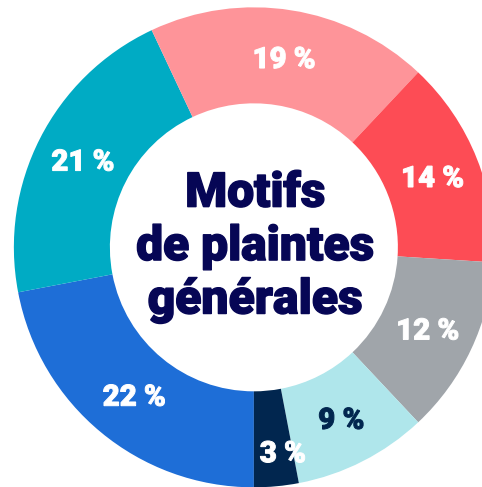
Établissement / installation	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS	TOTAL CHU
Nombre de mises sous garde préventives	145	35	15	29	19	243
Nombre demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	93	26	7	22	13	161
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le Tribunal	26	8	()	10	9	55
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	30	7	()	8	9	56
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)	25	6	()	()	9	45

() : nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et promotion des droits

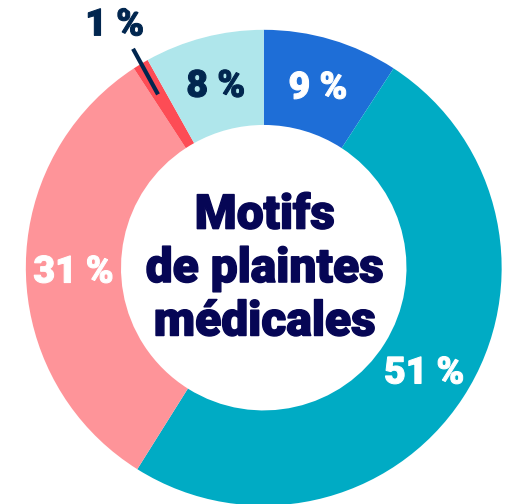


99 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.



- Accessibilité
- Soins et services dispensés
- Relations interpersonnelles
- Organisation du milieu et ressources matérielles

88 % des plaintes médicales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.



- Aspect financier
- 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 2021-2022 : CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL – DU 1^{er} AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023

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)	2 596
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	224
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	517
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	299
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	218
	Retrait de la demande : 39 Ne répond pas aux critères : 43 Décès avant l'AMM** : 26 Demande prise en charge par un autre établissement *** : 85 Demande en cours d'évaluation : 25 Évaluation de l'acte médical <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'AMM administrées évaluées : 57 • Tous les décès survenus avant l'administration de l'AMM ont été évalués. 	

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

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

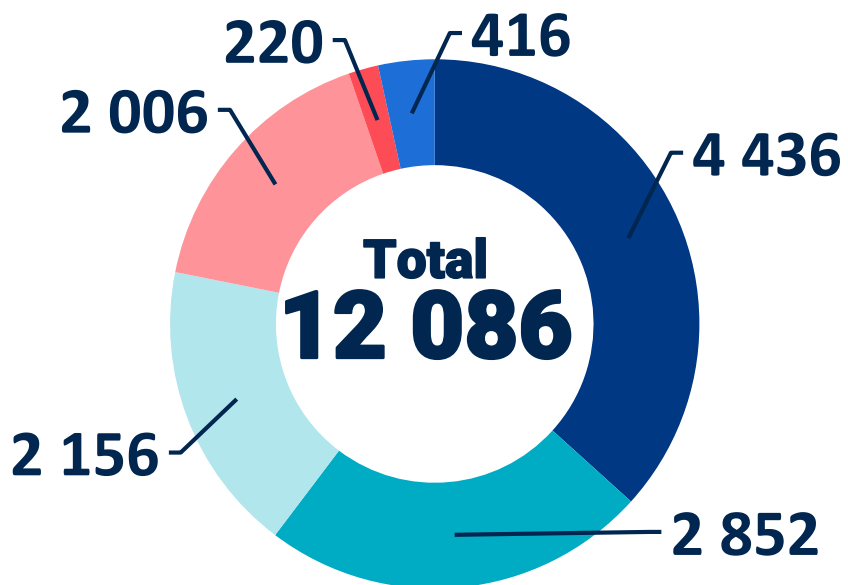
*** Dossiers évalués par le Sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie.

Les ressources humaines

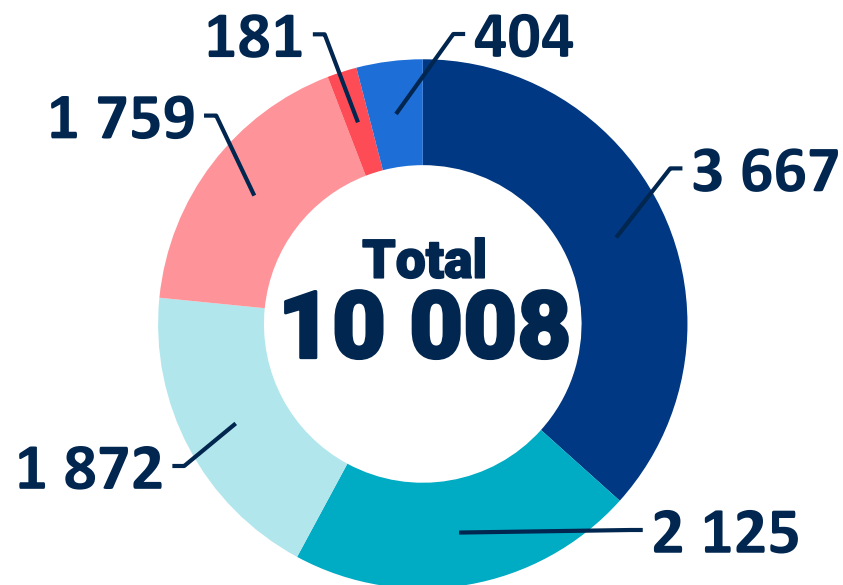
Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel*



Nombre d'emplois au 31 mars 2022



Nombre d'ETC 2021-2022



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

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

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

* Excluant les intervenants du centre de recherche

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

Les ressources humaines

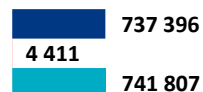
Heures rémunérées – 27 mars 2022 au 25 mars 2023



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

■ Heures travaillées ■ Heures supplémentaires ■ Total heures rémunérées

*****Personnel d'encadrement**



Personnel professionnel



Personnel infirmier



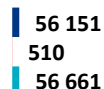
Personnel de bureau, technicien et assimilé



Ouvriers, personnel d'entretien et de services



Étudiants et stagiaires



→ **146 postes** au CHU pour lesquels la connaissance de la langue anglaise est exigée

Total
19 342 575**

Cible
19 277 733

Écart 0,3 %*

* **Le CHU a respecté sa cible**

** Heures rémunérées pour les activités principales excluant celles réalisées par la main-d'œuvre indépendante

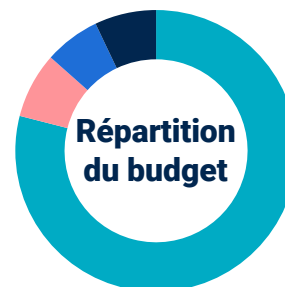
*** Les heures supplémentaires autorisées pour le personnel d'encadrement l'ont été dans le cadre de la déclaration d'une situation exceptionnelle liée à la situation pandémique de COVID-19

Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval

		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	Autres	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	321	170	129	276	48	8	952	1053
	Associés	27	12	8	26	10	1	84	
	Conseils	9	5	3	0	0	0	17	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	43	24	79	36	51	7	240	283
	Associés	6	2	6	25	2	2	43	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	43	39	37	38	25	0	182	192
	Associés	3	0	3	0	4	0	10	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
DENTISTES	Actifs	3	2	0	0	0	0	5	7
	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 78,99 %
- Administration 7,55 %
- Soutien direct aux services cliniques 6,39 %
- Bâtiments et équipements 7,07 %

PROGRAMME	EXERCICE PRÉDÉCENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	11 823 828	0,84	7 479 136	0,53	(4 344 692)	-37
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	1 085 548	0,08	966 730	0,07	(118 818)	-11
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3 978 199	0,28	4 348 268	0,31	370 069	9
Déficiences physiques	13 996	0,01	20 267	0,01	6 271	45
Santé mentale	343 760	0,02	686 301	0,05	342 541	100
Santé physique	1 114 108 875	78,97	1 091 814 263	78,02	(22 294 612)	-2
Administration	95 691 207	6,78	105 656 188	7,55	9 964 981	10
Soutien aux services	86 928 220	6,16	89 428 209	6,39	2 499 989	3
Gestion des bâtiments et des équipements	96 840 617	6,86	98 960 340	7,07	2 119 723	2
TOTAL	1 410 814 250	100,00	1 399 359 702	100,00	(11 454 548)	-1

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 2023, 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 2022 au 31 mars 2023

Total des contrats de service

27 397 321 \$

33 contrats de services

26 contrats de services
avec un contractant autre
qu'une personne physique¹

7 contrats de services
avec une personne physique²

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 2022-2023*

Les ressources informationnelles



Bonification de la sécurité des infrastructures selon les 15 mesures de sécurité du MSSS

- Mise à niveau des systèmes d'exploitation d'une proportion importante des postes de travail et des serveurs, ce qui fait que le CHU compte maintenant sur un environnement parmi les plus à jour du réseau de la santé.
- Remplacement de l'antivirus de tous les postes de travail au profit de la solution Microsoft Defender afin de déceler des tentatives de cyberattaque.
- Campagne de simulation d'hameçonnage par courriel. Le partage des résultats est en cours ainsi que la mise en place des prochaines étapes pour rehausser notre connaissance collective en cybersécurité.

Mise à niveau du PACS dans le cadre du plan de modernisation technologique (PMT) du MSSS

- Mise à niveau du PACS dans le cadre du plan de modernisation technologique (PMT) du MSSS

Exemples d'initiatives technologiques réalisées

- Création d'une équipe spécialisée en cyberdéfense pour la surveillance proactive de l'environnement, la détection des vulnérabilités et l'adaptation des mesures de sécurité.
- Mise à niveau de nombreux serveurs Windows 2008 et Windows 2012.
- Mise à niveau de 2 096 stations de travail Windows 7 vers Windows 10.
- Mise à niveau de la suite Office 2013 vers Office 2016/2019.
- Mise à niveau de l'environnement de virtualisation VMWare pour la virtualisation des salles des serveurs et remplacement de nombreux serveurs plus performants et pris en charge par les manufacturiers.
- Mise en place d'une diversité géographique des liens de télécommunications du CHUL liés aux autres établissements et au RITM pour assurer une continuité de service lors de futurs travaux sur le boulevard Laurier.
- Remplacement des commutateurs d'accès par des modèles de dernière génération.
- Restructuration de la programmation des réseaux internes pour assurer de plus grandes stabilité et performance entre les salles de distribution réseautique tout en assurant la connectivité avec le nouveau cœur de réseau diversifié.

État de suivi des réserves, commentaires et observations formulées par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CHU de Québec - Université Laval

1104-5051

140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2023 5
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
Lors de l'exercice précédent se terminant le 31 mars 2022, l'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges et les pertes de revenus engendrées par la pandémie de COVID-19, déduction faite des économies réalisées pendant cette période. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne l'exactitude des primes salariales, des autres charges, des pertes de revenus et des économies de coûts prises en compte dans la détermination de cette subvention, en raison des limites inhérentes aux procédures d'audit que nous pouvions réaliser.	2021-2022	0500 Réserve	L'identification des impacts financiers a été réalisé avec rigueur par l'établissement, mais en raison de limites inhérentes aux procédures d'audit, il n'a pas été possible de déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés concernant les économies de coûts, les pertes de revenus et certaines des charges. Puisque la subvention accordée n'a pas encore été confirmée par le MSSS, notre réserve aux états financiers est encore présente au 31 mars 2023.	0620 Non réglé
Dans le cadre de l'application au 1er avril 2022 du chapitre SP 3280, l'établissement a comptabilisé, au 31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En lien avec la comptabilisation de ce passif, l'établissement a comptabilisé une subvention à recevoir. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés comme passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations, aux informations fournies sur les obligations, aux débiteurs du MSSS, aux revenus de subventions du MSSS ou à d'autres postes des états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2023. Cette situation nous conduit à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice.	2022-2023	0500 Réserve	L'identification des impacts financiers et la comptabilisation du redressement rétroactif au 1er avril 2022 a été réalisée par l'établissement, mais en raison de limites inhérentes aux procédures d'audit, il n'a pas été possible de déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés comme passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations, aux informations fournies sur les obligations, aux débiteurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, aux revenus de subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2023.	0620 Non réglé
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>				

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LGRG 2023.1.0

Révisée: 2020-2021

Timbre valideur: 2023-06-14 14:12:27

Rapport V 1.0

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Dans le cadre de nos tests de détail sur les revenus de contribution des usagers, il n'a pas été possible pour la direction de nous fournir le formulaire de choix de chambre du patient pour 2 tests sur 15. Des problèmes de numérisation de documents sont survenus dans l'exercice dans différents hôpitaux. Les copies papiers des formulaires de choix de chambre n'étant conservées qu'une journée, ceci expliquerait pourquoi les formulaires de choix de chambre n'ont pas été retracés au dossier des patients sélectionnés.	2022-2023	0510 Observation	Une procédure est en cours d'élaboration en collaboration avec le service des admissions afin de s'assurer de la numérisation adéquate des formulaires de choix de chambre des patients. Par ailleurs, le service des comptes à recevoir s'assure désormais d'avoir toute la documentation nécessaire en lien avec la facturation avant de procéder à celle-ci.	0620 Non réglé
Dans le cadre de l'analyse de la séparation des tâches relativement aux écritures de journal, il a été porté à notre attention que 3 postes au sein du service des finances possèdent des droits d'enregistrement et d'approbation d'écriture de journal. L'établissement a mis en place un contrôle informatique exigeant que toutes les écritures de journal soient approuvées avant que l'enregistrement soit effectif. Cependant, à 5 reprises dans l'exercice, une personne ayant des droits d'approbation a procédé à l'enregistrement et à l'approbation de ses propres écritures. Nous remarquons donc que le système informatique ne possède pas de contrôle exigeant que l'enregistrement et l'approbation soient effectués par deux personnes distinctes.	2022-2023	0510 Observation	Le système informatique ne permettant pas de bloquer l'autorisation d'une écriture de journal par la même personne que celle ayant généré l'écriture, l'établissement va mettre en place une procédure trimestrielle de validation des autorisations des écritures de journal afin de s'assurer qu'elles ne sont pas générées et approuvées par la même personne.	0620 Non réglé
Dans le cadre de l'analyse des contrôles généraux informatiques, nous avons observé que certains pilotes agissent à la fois en tant qu'utilisateurs et gestionnaires des droits d'accès aux applications Espresso GRF et Espresso Paie alors qu'ils ne devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles. De plus, nous avons noté un nombre élevé d'utilisateurs ayant des accès hauts privilèges à Paie RH.	2022-2023	0510 Observation	La direction est en cours d'analyse des enjeux d'accès qui ont été identifiés afin de cibler les problématiques réelles et ainsi pour y apporter les correctifs nécessaires, le cas échéant.	0620 Non réglé

Rapport à la gouvernance

--	--	--	--	--

La divulgation des actes répréhensibles

Pour l'année 2022- 2023, suivant une vérification auprès du responsable du suivi des divulgations, voici le **résumé des actes répréhensibles de l'établissement**

	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	3	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	3	Sans objet
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22	Sans objet	3	Sans objet
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet		
✓ 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	Sans objet	2	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	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		Sans objet	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³	0		

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

EPI

Équipement de protection individuelle

ETC

Équivalent temps complet

ÉVAQ

Évacuations aéromédicales du Québec

ERAS

Enhanced Recovery After Surgery (soins post-opératoires : programme ERAS)

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 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 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 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 l'humanisme, l'excellence, l'innovation et la collaboration, 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 prémisses 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 gouvernent 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.cajj.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.

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

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

- 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.

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 retrouver notamment dans les diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et pros crit.

Ainsi, le membre de conseil d'administration doit :

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*.

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

- 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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.
- 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.

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

8. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

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.

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.

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.

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.

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

- 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.
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.

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

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.

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

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).

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

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.
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.
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.
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.
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.

21. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

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.

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

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.
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.
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).
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.
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.
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)

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.
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.
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.
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.
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'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre de la Santé et des Services sociaux, selon la gravité du manquement.
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.
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.



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

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 2023
Bibliothèque nationale du Canada 2023
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.