

Rapport annuel de gestion

2021-22



**CHU
de Québec
Université Laval**



Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général	4
Déclaration de fiabilité de l'établissement.....	6
Le CHU de Québec-Université Laval en un coup d'œil	7
Les programmes et les services offerts	8
Organigramme du CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2021.....	12
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	13
Liste des membres du conseil d'administration	14
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.....	16
Liste des principaux comités du conseil d'administration	17
Les instances consultatives	22
Faits saillants de l'année.....	29
Statistiques opérationnelles	30
Une année au CHU de Québec	31
Nos orientations stratégiques.....	32
Objectifs prioritaires 2021-2022	33
<i>Accès aux soins et aux services.....</i>	<i>34</i>
<i>Meilleures pratiques au quotidien.....</i>	<i>41</i>
<i>Santé et mieux-être au travail.....</i>	<i>47</i>
<i>Façonner le CHU de demain</i>	<i>51</i>
Nos missions universitaires, régionales, suprarégionales et provinciales	59
L'enseignement au CHU de Québec-Université Laval.....	60
La recherche au CHU de Québec-Université Laval	61
L'évaluation : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS)	62
Le Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale	63
Épithésie – Service de prothèses faciales	64
Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC)	65
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)	66
Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ).....	67
COVID-19 – Bilan de la dernière année.....	69
Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux	72
Les activités relatives à la gestion des risques et à la qualité des soins et des services	75
L'Agrément	75
.....	76
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	76

<i>Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents</i>	<i>76</i>
<i>La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité a et b) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.....</i>	<i>76</i>
<i>La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité c a i) mis en évidence au moyen du système local de surveillance.....</i>	<i>76</i>
<i>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.....</i>	<i>77</i>
<i>Recommandations et suivis effectués par le comité de gestion des risques en matière de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.....</i>	<i>77</i>
<i>Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers</i>	<i>79</i>
<i>Commissaire aux plaintes et à la qualité des services – recommandations adressées à l'établissement</i>	<i>81</i>
<i>Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement.....</i>	<i>83</i>
<i>Liste des recommandations du coroner adressées à l'établissement et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations</i>	<i>84</i>
<i>Autres recommandations adressées à l'établissement.....</i>	<i>85</i>
Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CHU (essentiellement mission centre hospitalier).....	86
L'examen des plaintes et promotions des droits.....	87
Application de la politique concernant les soins de fin de vie	88
Les ressources humaines	89
Effectifs médicaux au CHU de Québec-Université Laval au 31 mars 2021.....	91
Les ressources financières	92
Les ressources informationnelles.....	97
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulées par l'auditeur indépendant	98
La divulgation des actes répréhensibles.....	100
Liste des abréviations	101
Annexes	103
Annexe I - Les faits saillants des comités, conseils et instances consultatives	103
Annexe II - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.....	129

Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général du CHU de Québec-Université Laval (CHU)



M. Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



M. Martin Beaumont
Président-directeur général

Bien que cette dernière année n'ait pas été vécue dans la même urgence que la précédente, où tout était à mettre en place, il est indéniable que les vagues de la COVID-19 ont frappé plus fort nos intervenants et notre organisation en 2021-2022. Malgré cela, malgré la fatigue, malgré les nombreuses absences maladie de nos troupes, malgré les délestages et les nombreux imprévus, nos équipes ont poursuivi plusieurs de nos objectifs prioritaires, tel qu'indiqué dans le *Rapport annuel de gestion 2020-2021* (page 30).

Nos intervenants ont multiplié leurs efforts afin de combattre la COVID-19, de faire avancer nos grands projets, de maintenir l'accès aux soins et aux services, d'assurer de meilleures pratiques au quotidien, de favoriser la santé et le mieux-être au travail ainsi que de façonner le CHU de demain.

Voici un aperçu des réalisations de nos équipes, lesquelles sont présentées plus en détail dans les pages qui suivent.

Priorité 1 : accès aux soins et aux services

Déjà bien avancées en 2020-2021, les travaux pour l'ouverture des centres de rendez-vous se sont poursuivis en 2021-2022. Rappelons que ces centres permettent d'assurer un accès équitable selon la condition clinique de chaque patient et simplifie la prise de rendez-vous. L'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire, la neurologie font partie des spécialités qui bénéficient maintenant elles aussi d'un centre regroupant tous les rendez-vous du CHU. Du côté de

l'imagerie, ce sont les rendez-vous pour les échographies qui sont désormais gérés à partir d'un centre unique.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent afin d'améliorer la performance globale des urgences: l'accès à un physiothérapeute est maintenant possible dans les cinq urgences du CHU pour les usagers avec atteinte musculo-squelettique, tandis que les travaux pour la réorientation vers les groupes de médecine familiale des usagers ambulatoires* sont presque terminés et donnent déjà d'excellents résultats.

Du côté des chirurgies oncologiques, nous avons su maintenir le cap et avons réussi à diminuer significativement le nombre de cas hors délais, et cela, malgré la pandémie.

Priorité 2 : meilleures pratiques au quotidien

La lutte aux infections nosocomiales se poursuit, surtout en période de pandémie! Le CHU a notamment redoublé d'efforts pour éviter la progression des cas de bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC – bactérie résistante aux antibiotiques). Ainsi, des cohortes spécifiques ont été mises en place dans certains sites pour la clientèle porteuse, la fréquence des dépistages élargis dans les unités de soins a été augmentée, une formation a été offerte à tous les professionnels et des gembas spécifiques ont été effectués par les gestionnaires.

En ce qui concerne l'application des pratiques de pointe dans la gestion de l'ensemble du portefeuille de projets du CHU, les objectifs, des balises et des outils

* L'hospitalisation en ambulatoire est un mode de prise en charge médicale ou chirurgicale dans lequel le patient séjourne à l'hôpital pour une durée inférieure à 12h.

sont en développement par un comité de travail. De plus, une révision complète des projets inclus au portefeuille de projets a été effectuée afin de correspondre aux objectifs organisationnels déterminés par le comité de direction à l'automne 2021 ainsi que pour s'assurer d'une reprise d'activités responsable.

Priorité 3 : santé et mieux-être au travail

Afin de trouver des solutions réalistes et durables pour contrer la rareté d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, le CHU a entrepris la démarche *En mode solutions* en 2019. Bien que ralentie par la pandémie, celle-ci s'est poursuivie en 2021-2022, ce qui a mené à l'autorisation de sept nouvelles activités cliniques pour les infirmières auxiliaires. Ce changement dans les pratiques libère non seulement du temps aux infirmières, mais il valorise également le rôle des infirmières auxiliaires, le tout au bénéfice de nos patients.

Un autre grand projet découlant de la démarche *En mode solutions*, soit la transformation des horaires, est toujours en évolution et devrait se concrétiser au cours de la prochaine année. Rappelons que ce projet vise à planifier les horaires de travail du personnel infirmier sur six mois afin d'augmenter la prévisibilité et faciliter la conciliation travail-vie personnelle.

D'autres initiatives se sont concrétisées tout au long de l'année afin de favoriser l'attractivité, la fidélisation et le bien-être au travail de nos intervenants. Parmi celles-ci, plusieurs activités de reconnaissance ont été organisées pour remercier nos intervenants, notamment les prestations musicales surprises et les témoignages vidéos

de personnalités de la région de la campagne « Fier du travail accompli » à l'été 2021 ou encore le spectacle des Fêtes de Pascale Picard. De plus, deux grandes campagnes « marque employeur » ont été déployées sur les réseaux sociaux ainsi qu'affichées sur nos murs pour attirer de nouveaux talents tout en mettant en valeur le travail de nos intervenants. Ces campagnes ont d'ailleurs connu un succès remarquable et nous a permis d'embaucher plus de 2 500 candidats, ce qui représente plus de 500 embauches supplémentaires en comparaison avec la moyenne des trois années précédentes.

Mentionnons également que le CHU a obtenu la certification organisationnelle LEADS du Collège canadien des leaders en santé, une reconnaissance importante pour appuyer le développement du leadership collectif dans notre organisation, une variable essentielle pour l'atteinte de nos objectifs.

Priorité 4 : façonner le CHU de demain

Le nouveau complexe hospitalier (NCH), projet phare du CHU de demain, devient chaque jour plus concret. Alors que l'année 2020-2021 était celle de la mise en service de notre plateforme clinico-logistique, un bâtiment novateur et unique au Canada, qui rassemble les services alimentaires, l'entreposage et la distribution des fournitures, la pharmacie et la reprographie, l'année 2021-2022 a aussi été celle du Centre intégré de cancérologie (CIC).

Les travaux de construction, la finalisation des fonctionnements cliniques, la mise en place des systèmes informatiques et technologiques s'y sont poursuivis toute l'année afin de préparer l'ouverture du CIC en mai 2022.

Rappelons qu'à terme, le CIC sera le plus grand centre de cancérologie au Québec et parmi les plus grands centres de cancérologie au Canada; il regroupera les activités ambulatoires oncologiques de L'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et accueillera un Centre de recherche en oncologie et de médecine de précision.

Ce portrait ne dévoile qu'une petite partie des grandes choses qui se déroulent chaque jour dans nos cinq hôpitaux, notre plateforme clinico-logistique et notre centre administratif. Assistants techniques aux soins de santé, préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, inhalothérapeutes, technologistes médicaux, médecins, chercheurs, professionnels de la santé, gens de métier, employés administratifs, résidents et étudiants, gestionnaires et bénévoles ont à cœur de faire vivre les valeurs du CHU – humanisme, collaboration, excellence, innovation – à travers leur savoir-faire et leur savoir-être.

Nous tenons à remercier chaleureusement tous nos intervenants et tous nos administrateurs pour leur dévouement et leur expertise qui nous permettent de développer les quatre volets de notre mission : soins, recherche, enseignement et évaluation.

Nous tenons également à souligner l'apport inestimable de nos partenaires, et plus particulièrement celui de la Fondation du CHU de Québec, qui permettent à nos intervenants de poursuivre leurs travaux pour faire progresser la qualité des soins.



M. Gaston Bédard
Président du conseil d'administration



M. 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 (ou une lettre) a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2021-2022 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 2022.



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)



1 260
lits dressés

40 000

équipements
médicaux spécialisés,
dont la valeur
s'élève à

230 M\$



Territoire desservi

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



Clientèle potentielle

Près de
2 millions
de personnes

¹ Données au 31 mars 2021. Les données au 31 mars 2022 seront validées au cours de l'automne 2022. Ces chiffres proviennent du *Rapport annuel du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval 2020-2021*.

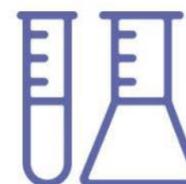
Enseignement

212 346 jours de stage
L'équivalent d'une école de plus
de **800** étudiants à temps plein



Recherche

Financement total :
136,8 M\$
Plus important
centre de recherche francophone
en santé en Amérique du Nord



Évaluation des technologies en santé

9 publications et près
de **160** rapports
depuis 2006

Personnel

11 981 employés
1 532 médecins,
dentistes
et pharmaciens



267 bénévoles

3 306 chercheurs réguliers et associés,
affiliés et honoraires, employés
du centre de recherche du CHU,
étudiant aux cycles supérieurs
et stagiaires postdoctoraux¹

Total

17 086 intervenants



Les programmes et les services offerts

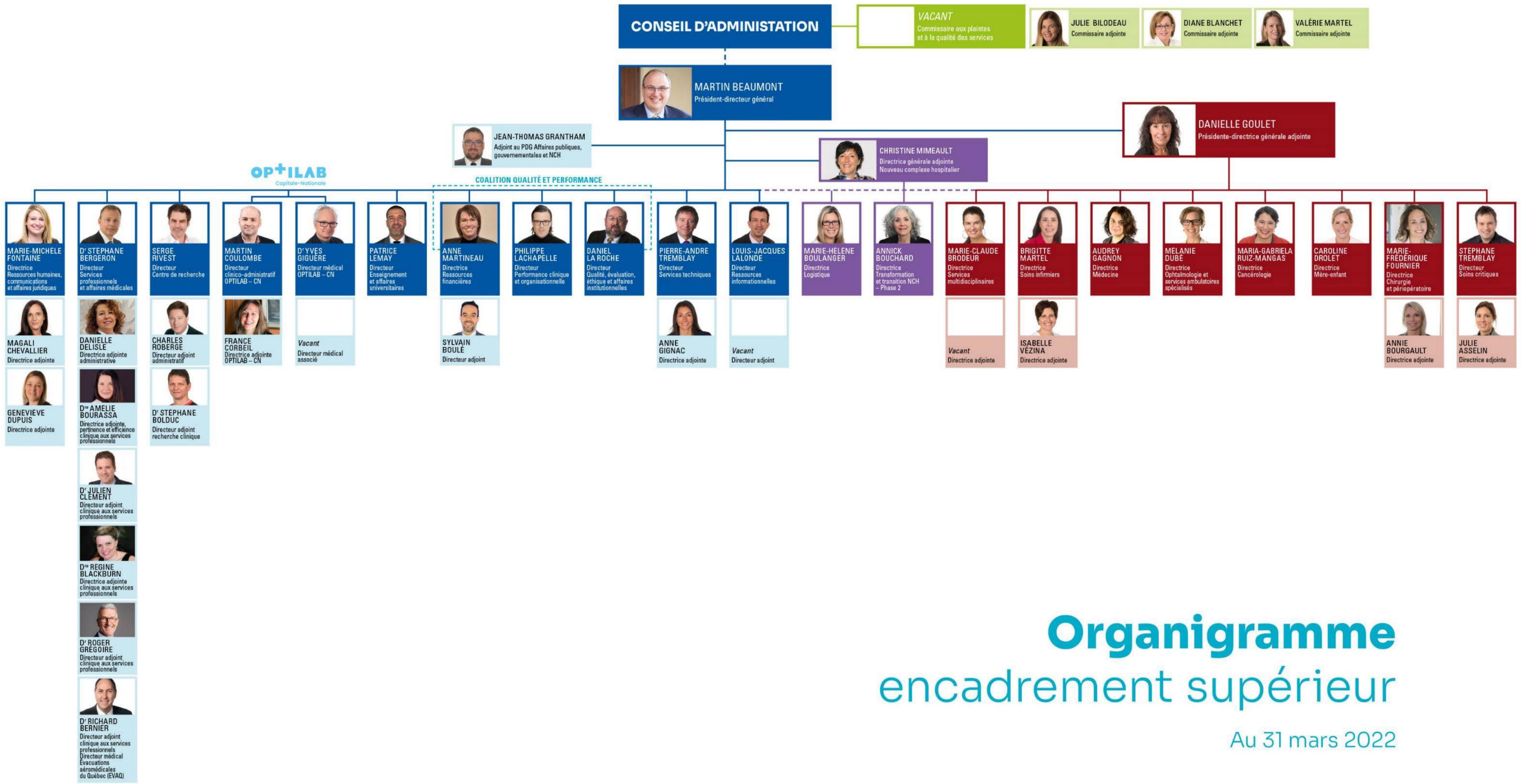
Le CHU de Québec-Université Laval (CHU) offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés. Il est le seul centre à offrir sur son territoire des soins et des services surspécialisés dans plusieurs domaines.

Site		
	CHUL — Centre mère-enfant Soleil (CMES) – Centre de référence tertiaire pour le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS-UL) en santé de la mère et de l'enfant :	
CHUL Centre hospitalier de l'Université Laval Centre mère-enfant Soleil	<ul style="list-style-type: none"> · Cardiologie pédiatrique et fœtale · Centre d'information du médicament avec expertise pédiatrique · Centre des malformations orofaciales · Chirurgie cardiaque pédiatrique · Chirurgie orthopédique pédiatrique · Chirurgie pédiatrique, incluant thoracique oncologique · Clinique du développement · Clinique du prématuré · Clinique de retard de développement · Clinique spécialisée de pneumologie pédiatrique (CSPP) · Dermatologie pédiatrique · Diabétologie pédiatrique · Électrophysiologie et rythmologie pédiatriques · Endocrinologie pédiatrique · Gastroentérologie pédiatrique · Génétique médicale et de laboratoire, adulte et pédiatrique · Gynécologie et obstétrique · Gynécologie pédiatrique · Hémato-oncologie pédiatrique · Imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque pédiatrique · Immunologie-allergie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> · Neurochirurgie pédiatrique · Neurologie pédiatrique · Neurologie pédiatrique, incluant électrophysiologie centrale, périphérique et monitoring · Ophtalmologie pédiatrique, incluant le programme de greffe de la cornée · ORL – audiologie : ancrage osseux · ORL pédiatrique · Orthopédie infantile et pédiatrique · Pédiatrie · Physiatrie et réadaptation pédiatrique · Planification des naissances · Pneumologie pédiatrique, incluant le programme de fibrose kystique · Pouponnière · Procréation médicalement assistée · Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale · Programmes québécois de dépistage des maladies génétiques · Médecine et chirurgie dentaire pédiatrique · Médecine obstétricale · Rhumatologie pédiatrique · Soins intensifs pédiatriques · Soins palliatifs pédiatriques

Site		
	<ul style="list-style-type: none"> · Laboratoire de sommeil et fonction pulmonaire pédiatrique · Maladies infectieuses et infectiologie pédiatrique · Maladies lipidiques pédiatrique, incluant la lipidophérèse · Néonatalogie (soins intensifs néonataux) · Néphrologie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> · Transport néonatal provincial · Urgence pédiatrique · Urologie pédiatrique · Médecine de l'adolescence
<p>CHUL Centre hospitalier de l'Université Laval</p>	<p>Volet adulte</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cardiologie · Centre d'expertise de la gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUIS UL · Chirurgie générale · Clinique de réadaptation de la main en ergothérapie · Dermatologie · Endocrinologie · Gastroentérologie · Hémodynamie · Immunologie-allergie · Cardiologie · Centre d'aphérèse · Centre d'hémophilie · Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est-du-Québec (CEBMEQ) · Gastroentérologie · Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec (CEVBGEQ) · Centre de référence en neurologie pour l'est du Québec · Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus · Centre suprarégional de neurochirurgie et de neuro-oncologie · Centre tertiaire AVC · Centre tertiaire de traumatologie pour l'est du Québec · Chirurgie buccale et maxillo-faciale 	<ul style="list-style-type: none"> · Infectiologie · Maladies lipidiques, incluant la lipidophérèse · Médecine dentaire · Médecine interne · Orthopédie · Rhumatologie · Soins intensifs · Soins palliatifs · Urgence adulte · Urologie (hormonothérapie) · Hématologie · Hémato-oncologie · Médecine interne · Endocrinologie · Neuromodulation · Neuro-ophtalmologie · ORL · Orthopédie · Physiatrie · Pneumologie · Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ) · Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques · Soins intensifs · Soins palliatifs
<p>HEJ Hôpital de l'Enfant-Jésus</p>		

Site		
HSS Hôpital du Saint-Sacrement	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgie générale · Chirurgie plastique · Banque d'yeux · Cardiologie · Centre régional désigné pour l'investigation et le traitement des maladies du sein – Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) · Centre de rhinosinusologie · Centre suprarégional des maladies du sein Deschênes-Fabia · Chirurgie buccale et maxillo-faciale · Chirurgie générale · Chirurgie plastique · Dermatologie 	<ul style="list-style-type: none"> · Urgence · Urologie (cystoscopie) · Gastroentérologie · Laboratoire désigné de pathologie pour les marqueurs oncologiques en cancer du sein · Médecine interne · Médecine familiale hospitalière · Ophtalmologie (Centre universitaire d'ophtalmologie) · Oto-rhino-laryngologie (ORL) · Pneumologie · Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) · Soins palliatifs · Urgence · Urgence ophtalmologique
L'HDQ L'Hôtel-Dieu de Québec	<ul style="list-style-type: none"> · Ancrage osseux · Cardiologie · Centre d'aphérèse · Centre préleveur pour le don d'organes et de tissus · Centre québécois d'expertise en implant cochléaire · Chirurgie générale · Chirurgie hépatobiliaire · Chirurgie plastique · Chirurgie vasculaire et thoracique · Dermatologie/chirurgie de Mohs · Endocrinologie · Épithésie · Équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle, désignée suprarégionale · Gastroentérologie · Gynécologie oncologique 	<ul style="list-style-type: none"> · Infectiologie · Médecine dentaire en oncologie · Médecine interne · Néphrologie (greffe rénale, hémodialyse, dialyse à domicile et clinique ambulatoire) · Neurologie · Nutrition parentérale à domicile · Oncologie · Orthopédie · Orthopédie oncologique · ORL · Pneumologie · Programme de greffe de cellules souches hématopoïétiques · Radio-oncologie, curiethérapie et téléthérapie · Service aux laryngectomisés - Programme d'aide à la communication · Soins intensifs

Site		
	<ul style="list-style-type: none"> · Hématologie · Hémato-oncologie · Hémodynamie · Hôtellerie 	<ul style="list-style-type: none"> · Soins palliatifs · Urgence · Urologie oncologique
HSFA Hôpital Saint-François d'Assise	<ul style="list-style-type: none"> · Cardiologie · Centre de référence suprarégional en chirurgie colorectale · Centre de référence suprarégional des maladies vasculaires · Chirurgie générale · Chirurgie gynécologique · Chirurgie vasculaire · Gastroentérologie · Pouponnière · Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) · Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) et test génomique prénatal non invasif (TGPNi) 	<ul style="list-style-type: none"> · Soins intensifs · Soins palliatifs · Urgence · Urologie · Médecine familiale hospitalière · Médecine interne · Obstétrique · Orthopédie · Oto-rhino-laryngologie (ORL) · Planification des naissances · Pneumologie



Organigramme encadrement supérieur

Au 31 mars 2022

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



Liste des membres du conseil d'administration

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séance régulière	Séances spéciales
M. Gaston Bédard, président du C.A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente du C.A.	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	83 %	100 %
M. Martin Beaumont, secrétaire du C.A.	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Michel Bergeron	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	67 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Gagnon	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	100 %
D ^r Marc Giroux	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	33 %
M ^{me} Sophie Lefrançois	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	83 %	100 %
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	83 %	100 %
M ^{me} Suzanne Petit (démission en date du 29 novembre 2021)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	67 %	50 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désignée <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	100 %	67 %
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre désignée <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	83 %	100 %

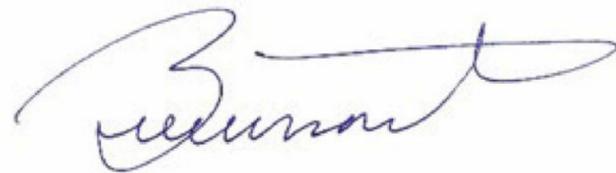
Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séance régulière	Séances spéciales
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	100 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	100 %	33 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désignée <i>Comité des usagers</i>	100 %	67 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>	83 %	67 %
M ^{me} Eugénie Brouillet	Représentante de l'Université Laval	83 %	33 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	100 %	67 %
M. Pierre Tremblay	Membre observateur Fondation	83 %	33 %

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

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

Au 31 mars 2022, aucun manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le code n'a été signalé au cours de l'année financière 2020-2021.

Le secrétaire du conseil d'administration,



Martin Beaumont

Signé à Québec ce 1er juin 2022

Liste des principaux comités du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séance spéciale
M ^{me} Sylvie Lemieux, présidente	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	100 %	100 %
M. Sylvain Carpentier, vice-président	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>	83 %	67 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	100 %
M ^{me} Diane Jean	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
La Direction des ressources financières soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Suzanne Petit, présidente (<i>démission le 29 novembre 2021</i>)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	50 %
M. Sylvain Gagnon, président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M. Marc Giroux (<i>à partir du 4 octobre 2021</i>)	Membre indépendant Compétence en gouvernance ou éthique	100 %
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>	100 %

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

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Louis-Denis Fortin, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
D ^r Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
M ^{me} Danielle Boucher	Membre désigné <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	100 %
M. Sylvain Gagnon	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	60 %

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

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES, IMMOBILIÈRES ET LOGISTIQUES

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %
M ^{me} Diane Jean, vice-présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %
D ^r Alain Naud	Membre désigné <i>Département régional de médecine générale</i>	60 %

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

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

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres
M ^{me} Sophie Lefrançois, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>	100 %
M ^{me} Eugénie Brouillet, vice-présidente	Représentante de l'Université Laval	20 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	80 %
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre désigné <i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>	100 %
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %

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

COMITÉ DU NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séance spéciale
M. Michel Bergeron, président	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>	100 %	
M. Gaston Bédard, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %	
D ^r François Lauzier	Membre désigné <i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	100 %	
D ^r Julien Poitras	Représentant de l'Université Laval	33 %	
M. Pierre Tremblay	Membre observateur Fondation	100 %	
La Direction générale adjointe du nouveau complexe hospitalier soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Nom	Représentation	Assiduité aux rencontres	
		Séances régulières	Séance spéciale
M ^{me} Diane Jean, présidente	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M. Marc Giroux, vice-président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>	100 %	100 %
M. Martin Beaumont	Président-directeur général	100 %	100 %
M. Gaston Bédard	Membre indépendant <i>Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité</i>	100 %	100 %
M ^{me} Marianne Talbot	Membre désignée <i>Conseil multidisciplinaire</i>	80 %	100 %
Le bureau du président-directeur général soutient ce comité et en assure le volet administratif.			

COMITÉ SUR LES DEMANDES DE NOMINATION ET DE RENOUVELLEMENT DU STATUT ET DES PRIVILÈGES ET SUR L'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES À L'ÉGARD D'UN MEMBRE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Nom	Représentation
M. Sylvain Gagnon, président	Membre indépendant <i>Compétence en gouvernance ou éthique</i>
M. Martin Beaumont	Président-directeur général
M. Louis-Denis Fortin	Membre indépendant <i>Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines</i>
M ^{me} Sylvie Lemieux	Membre indépendant <i>Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux</i>
M ^{me} Suzanne Petit (<i>démission le 29 novembre 2021</i>)	Membre indépendant <i>Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité</i>
M ^{me} Marielle Philibert	Membre désigné <i>Comité des usagers</i>
Le Service du contentieux et des affaires soutient ce comité et le bureau du président-directeur général assure le volet administratif.	

Les instances consultatives

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

	Nom	Représentation
Les officiers	M. Olivier Godbout	Président
	M. Jérôme Martin-Gagnon	Vice-président
	M ^{me} Alex Poulin-Herron	Secrétaire
	M ^{me} Isabel Gaudreault	Trésorière
Les conseillères et conseillers	M ^{me} Gil-Anne Gagné	Conseillère
	M ^{me} Marie-Claude Guindon	Conseillère
	M ^{me} Vanessa Huard	Conseillère
	M ^{me} Antissar Lemzouri	Conseillère
	M ^{me} Julie Maranda	Conseillère
	M. Martin Racicot	Conseiller
Les membres observateurs	M ^{me} Danielle Boucher	Représentante au conseil d'administration
	M ^{me} Myriam Latouche	Membre observateur
La directrice désignée par la Direction générale (membre d'office)	M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
La présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	M ^{me} Julie Beaupré	Présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
Le président-directeur général	M. Martin Beaumont	Président-directeur général
Les maisons d'enseignements	Mme Mélanie Bérubé	Université Laval
	Mme Annie Laporte (avril à juin 2021)	Cégep Garneau

Nom	Représentation
Mme Marie-Hélène Paquet (à partir de septembre 2021)	Cégep Garneau
Mme Marie-Pier Riverin Gagnon	Centre de formation professionnelle Fierbourg

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

	Nom	Représentation
Officiers	M ^{me} Élisabeth Thifault, agente de planification et de programmation à la DEAU, HSS M ^{me} Claudia Fortier, ergothérapeute, HSS M ^{me} Émilie Ruel, technologue en imagerie médicale, HEJ M ^{me} Stéphanie Drouin, chargée clinique de sécurité transfusionnelle, membre cooptée, représentante Optilab hors CHU	Présidente Vice-présidente Secrétaire Trésorière
Responsable des communications	M ^{me} Marie-Hélène Bourdages, nutritionniste, CHUL	
Conseillères et le conseiller	M ^{me} Karen Dumas, travailleuse sociale, L'HDQ M. Philippe-Emmanuel Joly, orthophoniste, CHUL M ^{me} Annie Ouellet, chargée d'enseignement clinique en inhalothérapie, L'HDQ M ^{me} Mireille Paquet, agente de planification et de programmation à la DEAU, HSFA M ^{me} Anne Pomerleau, ergothérapeute, HSFA	Conseillère Conseiller Conseillère Conseillère Conseillère
Membre désigné pour siéger au C.A.	M ^{me} Marianne Talbot, physiothérapeute, HSFA	Représentante au conseil d'administration
Représentante désignée par la Direction générale (membre d'office)	M ^{me} Marie-Claude Brodeur	Directrice des services multidisciplinaires
Représentant Optilab	M. Martin Coulombe	Directeur clinico-administratif Optilab Capitale-Nationale
Représentante de la Direction des services professionnels et des affaires médicales	Mme Danielle Delisle	Directrice adjointe des services professionnels et des affaires médicales
Président-directeur général	M. Martin Beaumont	Président-directeur général

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

CHUL	L'Hôtel-Dieu de Québec
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D^r Mathieu Blanchet, médecin de famille ▪ D^r Jean-Marc Côté, cardiologue pédiatrique ▪ D^r Jacques Mailloux, gynécologue-obstétricien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D^{re} Karen Adams, rhumatologue (jusqu'en janvier 2022) ▪ D^r Jean Archambault, radio-oncologue ▪ D^r Jean Beaubien, anesthésiologiste ▪ D^r Luc Vaillancourt, anatomopathologiste
l'Hôpital Saint-François d'Assise	Hôpital de l'Enfant-Jésus
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D^{re} Valérie Gaudreault, cardiologue ▪ D^{re} Louise Lacerte, anesthésiologiste ▪ D^r Patrice Montminy, orthopédiste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D^r Richard Desbiens, neurologue ▪ D^r Pascal Renaud, médecin de famille ▪ D^{re} Annie-Claude Valcourt, chirurgienne maxillo-faciale
Hôpital du Saint-Sacrement	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ D^r Bruno Godbout, anesthésiologiste ▪ D^{re} Julie Lemay, médecin de famille ▪ M^{me} Marie-Claude Racine, pharmacienne 	

TABLE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT ET DE SERVICE CLINIQUE / COMITÉ CONSULTATIF À LA DIRECTION GÉNÉRALE

Représentation
M. Martin Beaumont, président-directeur général
M ^{me} Danielle Goulet, présidente-directrice générale adjointe
M ^{me} Christine Mimeault, directrice générale adjointe– Nouveau complexe hospitalier
Membres du comité de gestion de la Direction des services professionnels et des affaires médicales
Chefs de département et de service
D ^r Jean Beaubien, président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Olivier Godbout, président du conseil des infirmières et infirmiers
M ^{me} Élisabeth Thifault, président du conseil multidisciplinaire
M. Stéphane Tremblay, directeur des soins critiques
M ^{me} Marie-Frédérique Fournier, directrice chirurgie et périopératoire
M ^{me} Caroline Drolet, directrice mère-enfant
M ^{me} Maria Gabriela Ruiz Mangas, directrice de la cancérologie
M ^{me} Mélanie Dubé, directrice ophtalmologie et services ambulatoires spécialisés

Représentation

M^{me} Audrey Gagnon, directrice médecine

M^{me} Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers

M^{me} Marie-Claude Brodeur, directrice des services multidisciplinaires

M. Martin Coulombe, directeur clinico-administratif Optilab

M. Patrice Lemay, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires

D^r Stéphane Bolduc, directeur adjoint de la recherche clinique

D^{re} Isabelle Germain, cogestionnaire médicale du programme de cancérologie

D^{re} Renée Turgeon, cogestionnaire médicale à la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

D^r Charles-Langis Francoeur, coordonnateur médical en don d'organes et de tissus

D^{re} Valérie Milot-Roy, coordonnatrice médicale du programme opératoire – CHUL

D^r Serge Gagnon, coordonnateur médical du programme opératoire –L'HDQ

D^r Pierre Nicole, coordonnateur médical du programme opératoire – HEJ et HSS

D^{re} Marie-Claude Paquet, coordonnatrice médicale du programme opératoire – HSFA

D^r Christian Malo, directeur médical du programme de traumatologie

COMITÉ DES USAGERS

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Nom	Représentation
D ^r Pierre J. Durand	Président
D ^{re} Virginie Bibeau	HSFA-L'HDQ, soins intensifs
M ^{me} Anick Boivin	HEJ-L'HDQ, ilots parents-enfants

Nom	Représentation
M ^{me} Alexandra Bolduc	Membre désigné du conseil multidisciplinaire
D ^r Jacques Brochu	HEJ-HSS, soins intensifs-anesthésie
M. Charles Dumas	CHU, soins spirituels
D ^r Vincent Laroche	HEJ, hématologie
M ^{me} Antissar Lemzouri	Membre désigné du conseil des infirmières et infirmiers
D ^{re} Michèle Morin	Représentante de la Faculté de médecine
D ^r Félix Pageau	CHU, gériatrie
D ^{re} Anne Paquette	HEJ, soins palliatifs
Vacant	Représentant du public

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Nom	Représentation
M ^{me} Diane Major	Présidente, experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Manon Arpin	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Chantale Audet	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Émilie Beaulieu	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Amélie Beausoleil	Représentante de la collectivité
M ^{me} Lucie Boissonneault	Experte en éthique et juridique
M ^{me} Marie-France Boudreault	Experte scientifique et biomédicale
M. Maxime Chénard-Poirier	Expert scientifique et biomédical
M ^e Paul Chênevert	Expert juridique
M ^{me} Romy Chevalier	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Geneviève Cossette	Experte juridique et en éthique
M ^{me} Julie Côté	Experte scientifique et biomédicale
D ^r Nicolas Chrestian	Expert scientifique et biomédical
D ^{re} Christine Desbiens	Experte scientifique et biomédicale
M. Yvan Desrochers	Représentant de la collectivité

Nom	Représentation
M ^{me} Dominique Goulet	Experte scientifique et biomédicale
M. Samer Hussein	Expert scientifique et biomédical
M ^{me} Nathalie Laflamme	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Lydia Lavastre	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Flavie Lavoie-Cardinal	Experte scientifique et biomédicale
M ^e Élise Lavoie-Talbot	Experte juridique
M ^{me} Caroline Maltais	Vice-présidente, experte juridique et en éthique
M ^{me} Ana Marin	Vice-présidente, experte scientifique, biomédicale et en éthique
D ^r Jacques Massé	Expert scientifique et biomédical
M ^{me} Karine Michaud	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Claudya Morin	Experte scientifique et biomédicale
M. Gilles Nadeau	Expert en éthique
M ^{me} Véronique Paradis	Experte scientifique et biomédicale
M. Jean-Sébastien Parent	Expert scientifique et biomédical
M ^{me} Marie-Claude Pelland-Marcotte	Experte scientifique et biomédicale

Nom	Représentation
M ^{me} Caroline Diorio	Experte scientifique et biomédicale
D ^r Régen Drouin	Expert scientifique et biomédical
M ^{me} Audrey Durand	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Amélie Dussault	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Marianne Émond	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Micheline Fortin	Représentante de la collectivité
M ^{me} Dominique Fréchette	Experte scientifique et biomédicale
M. Yves Giguère	Vice-président, expert scientifique et biomédical
M ^{me} Lucie Girard	Vice-présidente, experte en éthique

Nom	Représentation
M. François Pouliot	Vice-président, expert scientifique, biomédical et en éthique
M. Vincent Raymond	Expert scientifique et biomédical
M. Pierre Schallum	Expert en éthique
D ^r Andrew Toren	Expert scientifique et biomédical
M ^{me} Tuong-Vi Tran	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Caroline Tremblay	Experte scientifique et biomédicale
M ^{me} Sonia Waite	Représentante de la collectivité

COMITÉ DE CONVENANCE

Nom	Représentation
M ^{me} Isabelle Jacques	Présidente
M ^{me} Renée Destrempe	Représentante de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M. Simon Fournier	Représentant de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M ^{me} Geneviève Filion	Représentante de la Direction du Centre de recherche
M. Éric Vachon	Représentante de la Direction du Centre de recherche
M. Hugo Noël-Thiboutot	Représentant de la Direction des ressources financières
M. Frédéric Larouche	Représentant de la Direction des ressources financières (remplaçant)
M. Richard Lapointe	Représentant de la Direction du Centre de recherche
M ^e Thien-Kim Nguyen	Représentante de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
M ^{me} Valérie Marceau-Milhomme	Représentante de la Direction du Centre de recherche
M ^e Johanne Obas	Représentante Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Nom	Représentation
M ^{me} Geneviève Larouche, présidente	Représentante du conseil d'administration
M ^{me} Magali Chevallier, vice-présidente	Représentante de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
M ^{me} Michèle Ricard, secrétaire	Adjointe au directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles – gestionnaire de risques
M ^{me} Fanny Beaulieu	Responsable au programme de prévention et de contrôle des infections
D ^r Stéphane Bergeron	Directeur des services professionnels
M ^{me} Caroline Bouchard	Représentante de la Direction de la logistique (volet des contrats et de l'approvisionnement)
M ^{me} Marie-Claude Brodeur	Directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Anne Châteauneuf	Représentante de la Direction clinico-administrative Optilab Capitale-Nationale
M ^{me} Marlène Chevanel	Partenaire de l'établissement, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale
M. Mario Chrétien	Officier de radioprotection
M. Martin Darveau	Chef du Département de pharmacie
M ^{me} Stéphanie Drouin	Représentante à la vigie en lien avec la sécurité transfusionnelle
M ^{me} Audrey Gagnon	Directrice clinique médecine
M. David Genest	Responsable de la sécurité des actifs informationnels
M ^{me} Anne Gignac	Répondante en sécurité civile
M ^{me} Danielle Goulet	Présidente-directrice générale adjointe et représentante du Président-Directeur général
M. Éric Hufty	Représentant du comité des usagers
M. Daniel La Roche	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles
M ^{me} Brigitte Martel	Directrice des soins infirmiers
M. Jérôme Martin-Gagnon	Représentant du conseil des infirmières et infirmiers
M ^{me} Anne Martineau	Directrice des ressources financières
M ^{me} Renée Morin	Représentante du comité des usagers
D ^{re} Marie-Ève Samson	Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Élisabeth Thifault	Représentante du conseil multidisciplinaire
M. Pierre-André Tremblay	Directeur des services techniques

Faits saillants



Statistiques opérationnelles

Chaque jour, le personnel du CHU...

Fournit des soins à **1 059** personnes hospitalisées

dont **51** en pédiatrie

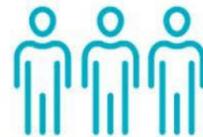
Admet **170** personnes dans ses hôpitaux

Réalise **21** accouchements Fournit des soins à **53 nouveau-nés** pour des soins spécialisés

Reçoit **619** visites dans ses urgences : **140** arrivent en ambulance **76** sont hospitalisés

Reçoit **2 219** visites dans ses cliniques externes spécialisées : **1 840** visites adultes **378** visites enfants

Accueille **371** patients en médecine de jour



Accueille **211** patients dans ses blocs opératoires dont **125** patients en chirurgie d'un jour

Traite **193** nouvelles requêtes pour des chirurgies électives

Réalise **255** examens en endoscopie

Réalise **163** traitements en hématologie

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

Réalise **313** traitements en hémodialyse sous toutes ses formes



Réalise **60 809** procédures de laboratoire

Réalise **2 477** procédures d'imagerie médicale



Rédige **8 834** ordonnances de médicaments

Effectue **1 061** retraitements de dispositifs médicaux

Prépare et sert **7 717** repas



Accommode **23** personnes dans son service d'hôtellerie

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

Pour la COVID-19 seulement, achat de **2 860** équipements médicaux spécialisés dont la valeur s'élève à **13 M\$**

Entretien des superficies totalisant **487 192 m²**

417 équipements médicaux spécialisés achetés pour le NCH dont la valeur totale s'élève à **17 M\$**

Une année au CHU

Chaque jour le personnel du CHU ;			Total pour l'année 2021-2022	Total pour l'année 2020-2021	
Fournit des soins à	1 059	PERSONNES HOSPITALISÉES	386 699	391 300	JOURS PRÉSENCE
dont	51	EN PÉDIATRIE	18 569	16 830	JOURS PRÉSENCE
Admet	170	PERSONNES DANS SES HÔPITAUX	62 096	59 237	ADMISSIONS ANNUELLES
Réalise	21	ACCOUCHEMENTS	7 842	7 249	ACCOUCHEMENTS
Fournit des soins à	53	NOUVEAU-NÉS POUR DES SOINS SPÉCIALISÉS	19 248	18 792	JOURS PRÉSENCE
Reçoit	619	VISITES DANS SES URGENCES DONT 140 ARRIVENT EN AMBULANCE	226 046	195 986	VISITES ANNUELLES
dont	76	SONT HOSPITALISÉS	27 613	26 918	ADMISSION À L'URGENCE
Reçoit	2 219	VISITES DANS SES CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES	550 229	510 301	VISITES ANNUELLES
dont	1 840	VISITES ADULTES	456 385	422 147	VISITES ANNUELLES
dont	378	VISITES ENFANTS	93 844	88 154	VISITES ANNUELLES
Accueille	371	PATIENTS EN MÉDECINE DE JOUR	91 908	101 126	VISITES ANNUELLES
Accueille	211	PATIENTS DANS SES BLOCS OPÉRATOIRES	52 256	46 624	USAGERS
dont	125	PATIENTS DE CHIRURGIE D'UN JOUR	30 975	25 969	USAGERS
Traite	193	NOUVELLES REQUÊTES POUR DES CHIRURGIES ÉLECTIVES	47 974	41 477	REQUÊTES

Chaque jour le personnel du CHU ;			Total pour l'année 2021-2022	Total pour l'année 2020-2021	
Réalise	255	EXAMENS EN ENDOSCOPIE	63 298	55 064	EXAMENS
Réalise	14	MISES TRAITEMENT EN RADIO-ONCOLOGIE	3 397	3 177	MISES EN TRAITEMENT
Réalise	163	TRAITEMENTS EN HÉMATO-ONCOLOGIE	40 406	38 724	TRAITEMENTS
Réalise	313	TRAITEMENTS EN HÉMODIALYSE SOUS TOUTES SES FORMES	77 717	78 275	TRAITEMENTS
Réalise	60 809	PROCÉDURES DE LABORATOIRE	22 195 344	19 704 674	PROCÉDURES ANNUELLES
Réalise	2 477	PROCÉDURES D'IMAGERIE MÉDICALE	614 303	545 626	PROCÉDURES ANNUELLES
Réalise	environ 4 par semaine	GREFFES DE MOELLE OSSEUSE	249	201	GREFFES
Réalise	71	TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES EN ONCOLOGIE	26 046	23 943	TRAITEMENTS
Rédige	8 834	ORDONNANCES DE MÉDICAMENTS	3 224 384	2 127 124	ORDONNANCES
Effectue	1 061	RETRAITEMENTS DE DISPOSITIFS MÉDICAUX	387 166	355 075	RETRAITEMENTS
Prépare et sert	7 717	REPAS	2 816 692	2 696 910	REPAS
Accommode	23	PERSONNES DANS SON SERVICE D'HÔTELLERIE	8 258	7 305	JOURS PRÉSENCE
Assure l'entretien et le fonctionnement d'un parc de plus de	40 000	ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DONT LA VALEUR S'ÉLÈVE À 230 M\$			
Entretient des superficies totalisant	487 192	MÈTRES CARRÉS			

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.

1 Accès aux soins et aux services

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

4 Façonner le CHU de demain

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

2 Meilleures pratiques au quotidien

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

3 Santé et mieux-être au travail

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

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



Objectifs prioritaires 2021-2022

Quatre grandes priorités

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

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



Avancement des projets EN COURS



1

Accès aux soins et aux services



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

Projets maintenus

100 %

OPHTALMOLOGIE
HSS/HEJ/CHUL

Ouverture :
28 juin 2021

143 000
rendez-vous annuels

100 %

CHIRURGIE
VASCULAIRE
HSFA

Ouverture :
18 octobre 2021

18 600
rendez-vous annuels

100 %

NEUROLOGIE
L'HDQ/HEJ/HSFA

Ouverture :
6 décembre 2021

17 300
rendez-vous annuels

60 %

CHIRURGIE
PLASTIQUE
L'HDQ/HEJ

Objectifs médicaux
avancés à **75 %**

Ouverture prévue :
13 juin 2022

21 000
rendez-vous annuels

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

1

Accès aux soins et aux services



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

Projets modulés

Projets délestés

45 %

PNEUMOLOGIE L'HDQ/HSFA/HSS/HEJ

Objectifs médicaux avancés à 50 %
Ouverture prévue : fin 2022

24 740

rendez-vous annuels

VISION DE L'ACCÈS ONCOLOGIQUE AU CHU

Travaux à reprendre après l'ouverture du Centre intégré de cancérologie (CIC)

CHIRURGIE MAXILO-FACIALE

OTHO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MÉDECINE INTERNE ET INFECTIOLOGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

1

Accès aux soins et aux services



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

Projets maintenus

80 %

MISE À JOUR DES INDICATEURS

100 %

CHANTIER ACCÈS
VOLET ÉCHOGRAPHIE

30 %

CHANTIER ACCÈS
VOLET ÉCHO OBSTÉTRIQUE

100 %

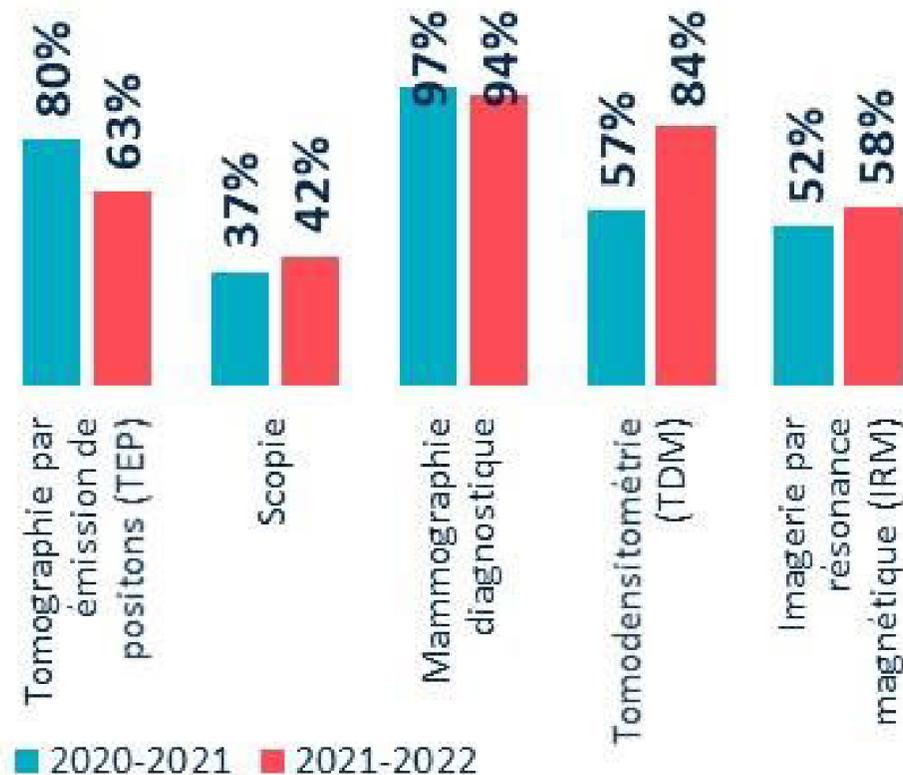
MISE EN PLACE D'UN COMITÉ
AVISEUR DE PERTINENCE
EN IMAGERIE MÉDICALE

100 %

CONCLUSION D'UNE
ENTENTE DE SERVICE

avec un laboratoire d'imagerie médicale
privée pour la réalisation d'examen d'IRM
supplémentaires

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



Projets modulés

ÉCHOGRAPHIE

CHANTIER ACCÈS VOLET
ÉLECTROPHYSIOLOGIE
MÉDICALE

CHANTIER ACCÈS VOLET
MÉDECINE NUCLÉAIRE

1

Accès aux soins et aux services



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

Projets maintenus

PROJET VITRINE FLUIDITÉ HSFA

50%

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

90%

PROJET TÉLÉSANTÉ

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

100%

OFFRE DE SERVICES INTERDISCIPLINAIRES EN RÉADAPTATION SUR SEPT JOURS

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

Projet modulé

PROCESSUS AMÉLIORÉ DE PLANIFICATION DES DÉPARTS

60%

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

1

Accès aux soins et aux services



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

Projet maintenu

100%

PHYSIOTHÉRAPIE EN ACCÈS DIRECT

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

CHUL 116 usagers

HSFA 60 usagers

HEJ 243 usagers

L'HDQ 101 usagers

HSS 121 usagers

Délai moyen de prise en charge par le physiothérapeute : **24 minutes**

Projets modulés

75%

RÉORIENTATION À L'URGENCE D'USAGERS AMBULATOIRES VERS LES GMF

Usagers ne nécessitant pas une consultation dans une urgence majeure

Cible de réorientation annuelle :

- **7,3 %** sur un objectif de **10 %**
- **8,5 %** en ajoutant les usagers pour lesquels il n'y avait pas de plage disponible en GMF

RÈGLE D'UTILISATION DES RESSOURCES (RUR) DES URGENCES

90%

- Processus consultatif auprès des différents intervenants médicaux et administratifs concernés réalisé
- Processus d'approbation organisationnel à terminer
- Modalités de mesure de performance à établir par la DSPAM et la DSC
- Document acheminé au comité exécutif du CMDP et au comité clinique stratégique

1

Accès aux soins et aux services



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

Projets modulés

ACTUALISER LA VISION

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

OBJECTIFS :

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

CHUL :

- Rapatriement des activités de retraitement de l'URDE en gastro-entérologie et stérilisation terminale et des nasolaryngoscopes à l'URDM : **95%**
- Livraison prévue en mai 2022 **95%**
- Évaluation du nombre d'endoscopes et dispositifs médicaux à acquérir **100%**

ÉLABORATION DU PLAN CLINIQUE VOLET 3 DE CHIRURGIE

Déployé pour optimiser le temps opératoire (toutes spécialités)

- Clarification des rôles et responsabilités des parties prenantes – **80 %**
- Création d'outil d'analyse des listes d'attente pour les gestionnaires médicaux et administratifs – **100 %**
- Rencontres régulières des comités locaux des blocs opératoires et du comité de priorisation – **100 %**
- Contribution des anesthésiologistes et chirurgiens à l'effort collectif pour contrer le manque d'infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes (éviter l'annulation de chirurgies)
- Transfert d'activités cliniques intersites – **20 %**
- Optimisation de l'utilisation des ressources et plateaux techniques
- Orientation du circuit du médicament au CHU et au NCH statué – **70 %**
- Déploiement presque terminé du système de suivi de traçabilité des dispositifs médicaux et des implants – **90 %**
- Introduction de la télésanté pour la clientèle d'arthroplastie en CDJ – **100 %**

1

Accès aux soins et aux services



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

Projets délestés

- Lits dédiés à la chirurgie d'un jour CDJ HSFA
- Planification des départs
- Transfert des activités de planification chirurgicales de la clinique de médecine vasculaire HSFA
- Aménagement d'une nouvelle clinique pré-opératoire à HSS
- Rapatriement des activités d'installation de voie centrale et pacemaker dans les secteurs de l'imagerie

2

Meilleures pratiques au quotidien



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

Projets maintenus

- ✓ Mise en place de cohortes spécifiques à la clientèle porteuse de BGNPC dans certains sites
- ✓ Augmentation de la fréquence des dépistages élargis des unités de soins
- ✓ Formation offerte à tous les professionnels portant sur les BGNPC
- ✓ Gembas spécifiques effectués par les gestionnaires

En continu

En continu

RÉALISATION D'UN PLAN D'ACTION GLOBAL

combinant les actions proposées par la Direction régionale de la santé publique ainsi que les actions spécifiques à la situation de L'HDQ

Processus de suivi en comité de direction :

PILOTAGE « MEILLEURES PRATIQUES AU QUOTIDIEN »

100%

TAUX DE COLONISATION** BGNPC

(par 10 000 jours/présence)

2020-21

0,9

(37 cas)

2021-22

2,5

(107 cas)

* Type de bactérie multirésistante aux antibiotiques

** Présence de microbes sans infection associée



2

Meilleures pratiques au quotidien



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



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

1 unités sur 52 ont augmenté leur **taux** de plus de 10 %

Taux d'hygiène global des mains **↓ 2 %** depuis un an (**69 % à 67 %**)

2

Meilleures pratiques au quotidien



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

Projet modulé

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

80%

- Mise en place d'équipes locales dans chacune des cinq urgences
- Consolidation des pratiques
- Deux interventions préventives du déconditionnement implantées ou consolidées

Autres initiatives réalisées :

100%

ÉVALUATION DES LIEUX PHYSIQUES

par un ergothérapeute pour adapter les urgences à la clientèle âgée (exemple : ajout de barres d'appui)

ÉQUIPEMENT ADAPTÉ

requis identifié et déployé dans les cinq urgences (exemple : ajout de fauteuils gériatriques et de sièges adaptés pour les toilettes)

REHAUSSEMENT DE L'OFFRE DE SERVICE DES ERGOTHÉRAPEUTES ET DES PHYSIOTHÉRAPEUTES déployée en octobre 2021

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE SPÉCIFIQUE POUR LA CLIENTÈLE GÉRIATRIQUE déployée dans les cinq urgences

2

Meilleures pratiques au quotidien



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

Projet maintenu

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

Mai 2020 :

100 % Mise en place d'un comité de gouvernance et d'exploitation des données

En cours :

100 % Finalisation de la preuve de concept de « lac de données » en partenariat avec l'Université Laval et le Centre de recherche du CHU de Québec

100 % Nomination d'un cogestionnaire du lac de données et de la valorisation des données

100 % Finalisation de l'entente de partenariat en infrastructure numérique entre le CHU et l'Université Laval



2

Meilleures pratiques au quotidien



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

Projet modulé

IMPLANTER UN CADRE DE GESTION DU PORTEFEUILLE DU PLAN ANNUEL



Mai 2021

Mise en place d'un comité de travail réunissant les différentes expertises en gestion de projet de l'organisation

Principaux travaux :

- Élaboration de la terminologie entourant la gestion de projets et la gestion de portefeuille de projets au CHU
- Élaboration des principaux rôles et responsabilités dans le cadre d'un projet organisationnel



Juillet 2021

Poursuite du développement de l'outil de gestion de portefeuille *Brightwork*

- Création de la matrice de cohérence en remplacement de la matrice en « X » utilisée auparavant



Septembre à décembre 2021

Révision complète des projets du portefeuille de projets en collaboration avec l'ensemble des directions, en suivi de la révision des objectifs organisationnels par le comité de direction en septembre 2021



Janvier à mars 2022

Élaboration des balises du processus de gestion du portefeuille de projets en prévision du dépôt du *Cadre de gestion du portefeuille organisationnel des projets*

2

Meilleures pratiques au quotidien



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

Projets délestés

40 %

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

**CONCEPTION DES
FORMATIONS**

50 %

PLAN D'ACTION PLURIANNUEL

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

Projets reportés

LABORATOIRE DE SOLUTIONS SUR LA COGESTION

regroupant en jumelage les chefs de départements et de services cliniques et leurs gestionnaires administratifs : était prévu le 8 avril 2021, reporté en septembre 2022

**SÉANCE D'ACCUEIL
ET D'INTÉGRATION
pour les chefs de département
et services cliniques**

3

Santé et mieux-être au travail



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

Projet maintenu

POURSUITE DE LA DÉMARCHE



En mode **Solutions**

Projets modulés

40%

TRANSFORMATION DES HORAIRES DE TRAVAIL DU PERSONNEL INFIRMIER

Poursuite de la démarche

- Planification d'un projet pilote au CHUL
- Embauche d'une équipe permanente, formation des membres et poursuite des travaux de conception

HORAIRES



3

Santé et mieux-être au travail



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

Projet maintenu

100%

7 NOUVELLES ACTIVITÉS CLINIQUES autorisées pour les infirmières auxiliaires, dont :

- Changement de pansement au site d'une voie centrale (évaluation par l'infirmière requise pour les usagers de 14 ans et plus)
- Prélèvement, selon une ordonnance, dans certains drains (Abramson ou Davol)

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES CLINIQUES

- Formation de 25 coachs pour accompagner les candidats dans leur développement professionnel **85%**
- 6 infirmières sélectionnées pour la première année **100%**
- Plans de développement **50%**
- Formation continue et réalisation d'un mandat clinique jusqu'en mai 2023 **20%**

3

Santé et mieux-être au travail



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

Projets maintenus

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

100 %

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

65 %

Projets délestés

IMPLANTATION DE LA NORME ET CERTIFICATION « ENTREPRISE EN SANTÉ »

« TRAJECTOIRE EMPLOYÉ » : MAINTIEN ET RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL

3

Santé et mieux-être au travail



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

Projets maintenus

Obtention de la **CERTIFICATION ORGANISATIONNELLE LEADS** du Collège canadien des leaders en santé



Plan de communication en élaboration

100%

Mise en place de la **STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT DU MODÈLE DE LEADERSHIP LEADS** : adaptation des activités du programme de développement du leadership, des leaders émergents et de recrutement

100%

Mise en place de la **PLAGE PROTÉGÉE DE GESTION DE PROXIMITÉ** les lundis, mercredis et vendredis, de 8 à 10 h (*aide-mémoire*)

100%

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP

- près de **60 activités**
- ajout de **4 nouvelles activités** sous forme de conférence
- **1 atelier-conférence**
- **17 classes virtuelles**
- plus de **650 participations** (un même gestionnaire peut avoir participé à plusieurs activités)

100%

PROGRAMME DES LEADERS ÉMERGENTS (relève-cadre)

- **53 candidats**
- **22 candidats en poste**, dont 8 en intérim : **57 %** ont obtenu un poste de gestion ou une affectation temporaire

100%

9 FACILITATEURS ORGANISATIONNELS CERTIFIÉS provenant de diverses directions du CHU (DRHCAJ, DEEQAI, DSC, DM) par la réalisation de **4 projets de certification** :

1. intégration du LEADS et du système de gestion
2. déploiement d'un atelier d'habilitation approfondie au modèle LEADS
3. intégration du LEADS dans le processus et le formulaire d'appréciation de la contribution des cadres
4. appropriation du LEADS au C.A. : élaboration des comportements fondamentaux pour les membres



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

Projet maintenu

Réponse du MSSS pour la DEMANDE DE CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS pour la mise à jour du projet NCH

Au printemps 2022, le CHU recevait la lettre d'autorisation et de confirmation du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Christian Dubé, relativement à la demande de modifications significatives pour le projet NCH.

Cette autorisation a confirmé les nouveaux paramètres du projet, notamment avec un ajout de **271,2 M\$** à l'enveloppe financière globale du projet, ce qui amène aussi un ajustement de la portée du projet et une révision de certains échéanciers.

100 %





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

Projet modulé

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

Plus de **50** intervenants mobilisés

Terminé dans plus de **20** secteurs

14 830 équipements médicaux
 et non médicaux dénombrés

95%

Les équipements, la pierre angulaire du projet NCH

Dénombrement | Acquisition | Livraison | Installation | Mise en service

2021

- Arrivée en poste du **coordonnateur aux équipements**
- Tenu d'un **Kaizen** pour :
 - ✓ **stabiliser et améliorer** les étapes de planification et d'acquisition de la trajectoire des équipements de la phase 2
 - ✓ **améliorer la coordination** de l'ensemble des intervenants impliqués dans le processus

2022

- **Déploiement du plan d'action et du processus** visé établi lors du Kaizen



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

Projets maintenus

La transformation, c'est :

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

MISE EN ŒUVRE DE LA STRUCTURE DE SUIVI

96%

GRANDS JALONS

- Mise en place de la structure de gouverne regroupant les parties prenantes
- Élaboration et réalisation d'un plan d'action pour les projets structurants à réaliser
- Arrimage entre les directions et la coordination des projets inter-directions
- Implantation des meilleures pratiques en gestion de projet
- Encadrement de la transformation médicale
- Démarrage des projets de transformation selon la planification établie



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

Projets maintenus

Déménagement du CIC : 95 %

- Finalisation des fonctionnements cliniques
- Adaptation de la technologie aux fonctionnements cliniques : bornes, système de réservation de salles (Tango), documentation électronique (Ace-Multi)
- Préparation et orientation des professionnels : rencontres par service et par site, orientations, portes ouvertes

Cyclotron : 100 %

- Finalisation du plan et devis définitif
- Révision et mise à jour des listes d'équipements
- Préparation pour la certification CSN

PLATEFORME CLINICO-LOGISTIQUE Transition

100 %



CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE Transition

Fin de la transition
mai 2022

89 %



CENTRE DE RECHERCHE Transition

Réception du bâtiment
juin 2022

31 %



4

Façonner le CHU de demain



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

Projet modulé

75%

PREMIÈRE PLANIFICATION STRATÉGIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT

occasion unique de concertation avec les partenaires internes et externes

occasion d'établir la vision transversale, dans tous les secteurs du CHU, de l'enseignement

OBJECTIFS :

faire du CHU une organisation...

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

ÉCHÉANCIER :

Janvier 2020 à décembre 2021

Analyse et structuration

Décembre 2021 à mai 2022

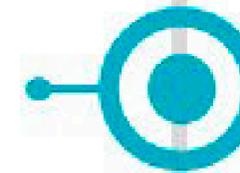
Consultation des partenaires

Juin 2021 à mai 2022

Rédaction et dépôt final

Automne 2022

Dépôt prévu au C.A.



4

Façonner le CHU de demain



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

Projets délestés

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

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

REGROUPEMENT DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

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

4

Façonner le CHU de demain



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

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

Projets maintenus

**Production d'un PLAN CLINIQUE
AMBULATOIRE PÉDIATRIQUE**

80%

**SOLUTION IMMOBILIÈRE TRANSITOIRE
pour le volet ambulatoire**

75%

Travaux de mise aux normes poursuivis en 2022-2023 pour rehausser la disponibilité de chambres à pression négative

Projet modulé

PLAN DIRECTEUR CLINIQUE ET IMMOBILIER

Préparation de l'appel d'offres en collaboration avec la Direction des services techniques

10%

Projet maintenu

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

100%

Plan déposé à la SQI et au MSSS en novembre 2021 avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale

NCH

4

Façonner le CHU de demain



Nouveau complexe hospitalier (NCH)

Projets maintenus

30 avril

Fin du déménagement (équipements, mobilier) et inventaire du site Armand-Viau vers la PCL

10 mai

Première livraison de lots d'antibiotiques de la PCL vers les cinq hôpitaux

25 mai

RAR du CIC

31 mai

Prise en charge complète des activités de production alimentaire à la PCL

8 juin

Lancement officiel du volet transformation de la phase 2 du projet NCH

3 novembre
Première rencontre du sous-comité de gestion des risques projet NCH

15 novembre
Ouverture de l'hôtellerie

15 décembre
Inauguration officielle de la PCL

13 janvier
Choix de la date de déménagement pour le CIC (mi-mai)

Février
report de la RAR du centre de recherche

10 février
présentation des tableaux de bord au comité de direction

10 mars
officialisation des dates de déménagement (11 au 16 mai 2022) et d'ouverture du CIC (17 mai 2022)



Avril 2021

RAR : Réception avec réserve

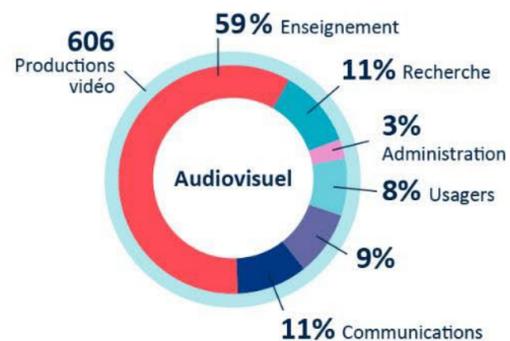
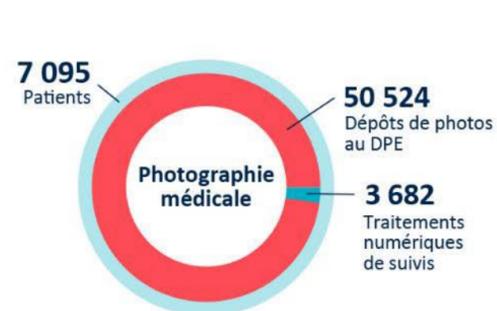
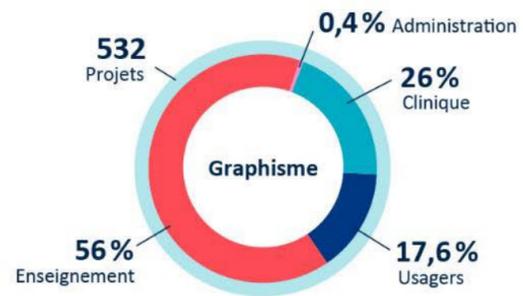
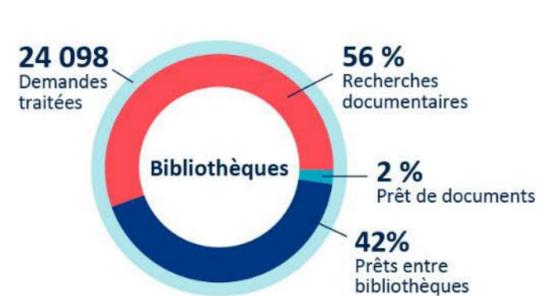
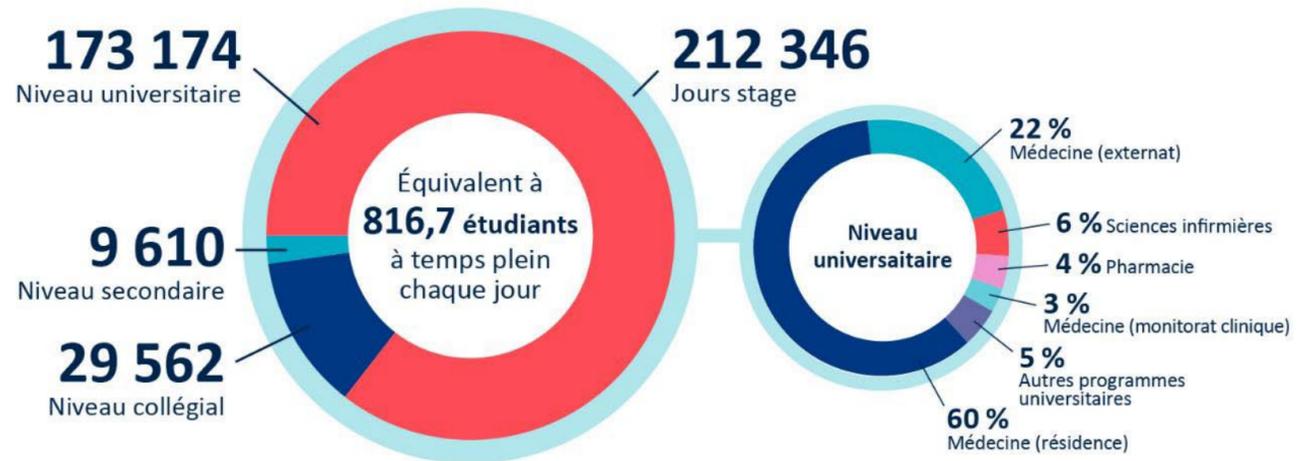
Avril 2022

Nos missions

universitaires,
régionales,
suprarégionales
et provinciales



L'enseignement au CHU



Poursuite de l'élaboration du premier plan stratégique de l'enseignement

Arrivée de la cogestionnaire médicale à la DEAU
D^{re} Renée Turgeon
Août 2021



Maintien des stages en contexte de pandémie

Coordination régionale des tests d'ajustements des masques N95 (fit-tests) Avec les établissements d'enseignement, pour tous les stagiaires de niveau professionnel, collégial et universitaire

Travaux d'intégration de l'enseignement dans le CIC-NCH



Projet de Modernisation, Automatisation et Contrôle des Salles Audiovisuelles à distance (MACSA) 82 % des travaux terminés

Collaboration aux programmes ministériels Agents administratifs de formations accélérées Santé, assistance et soins infirmiers (SASI)

Développement de nouveaux stages
Maîtrise en audiologie
Technique d'échographie médicale



Accueil de la première stagiaire en Pratique sage-femme au CHU-UL

NOUVEAU

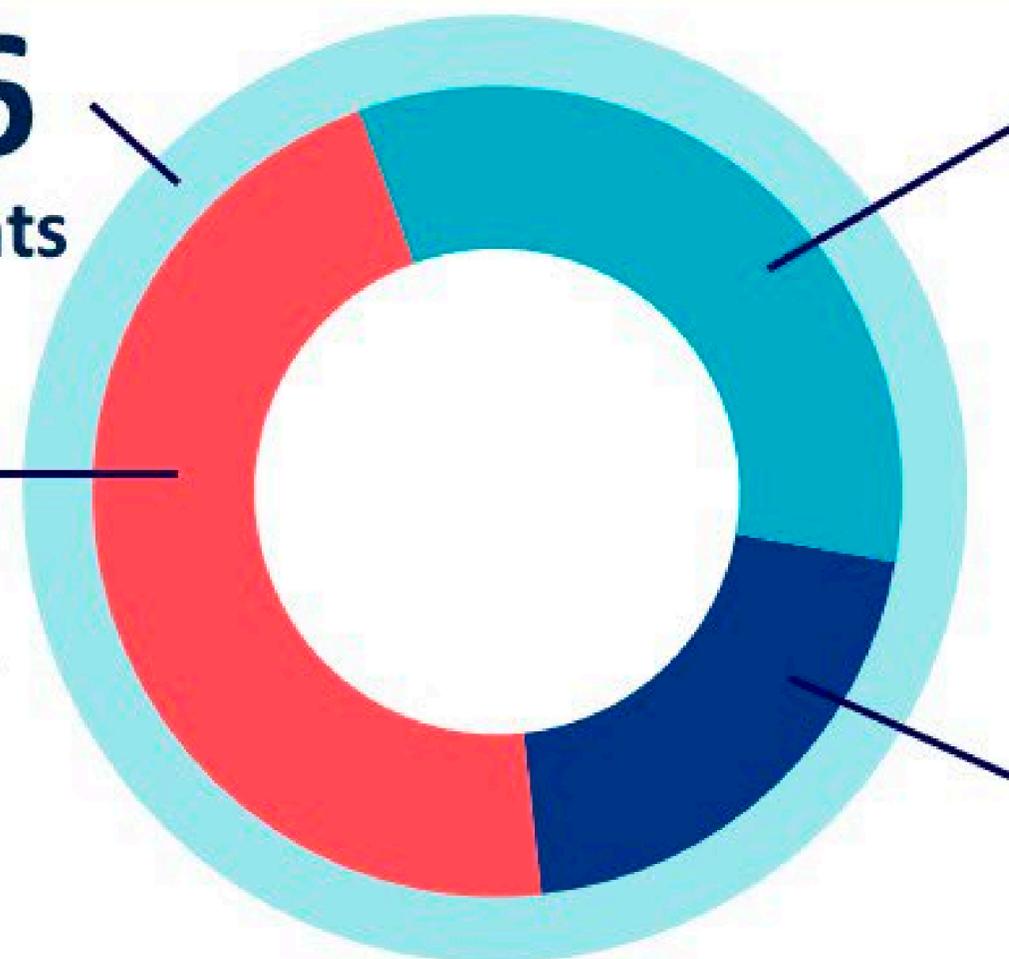


Accroissement de l'offre de stages secrétariat / bureautique

La recherche au CHU

3 306
intervenants

1 423
employés
de recherche,
étudiants
et personnel
administratif



1 178
étudiants
aux cycles
supérieurs
et stagiaires
postdoctoraux

705
chercheurs



136 807 152 \$
de financement



1 336
publications

Le Centre de recherche du CHU conserve sa position de **plus grand centre de recherche francophone en Amérique du Nord**, avec un financement atteignant la somme record de près de **137 millions de dollars**.

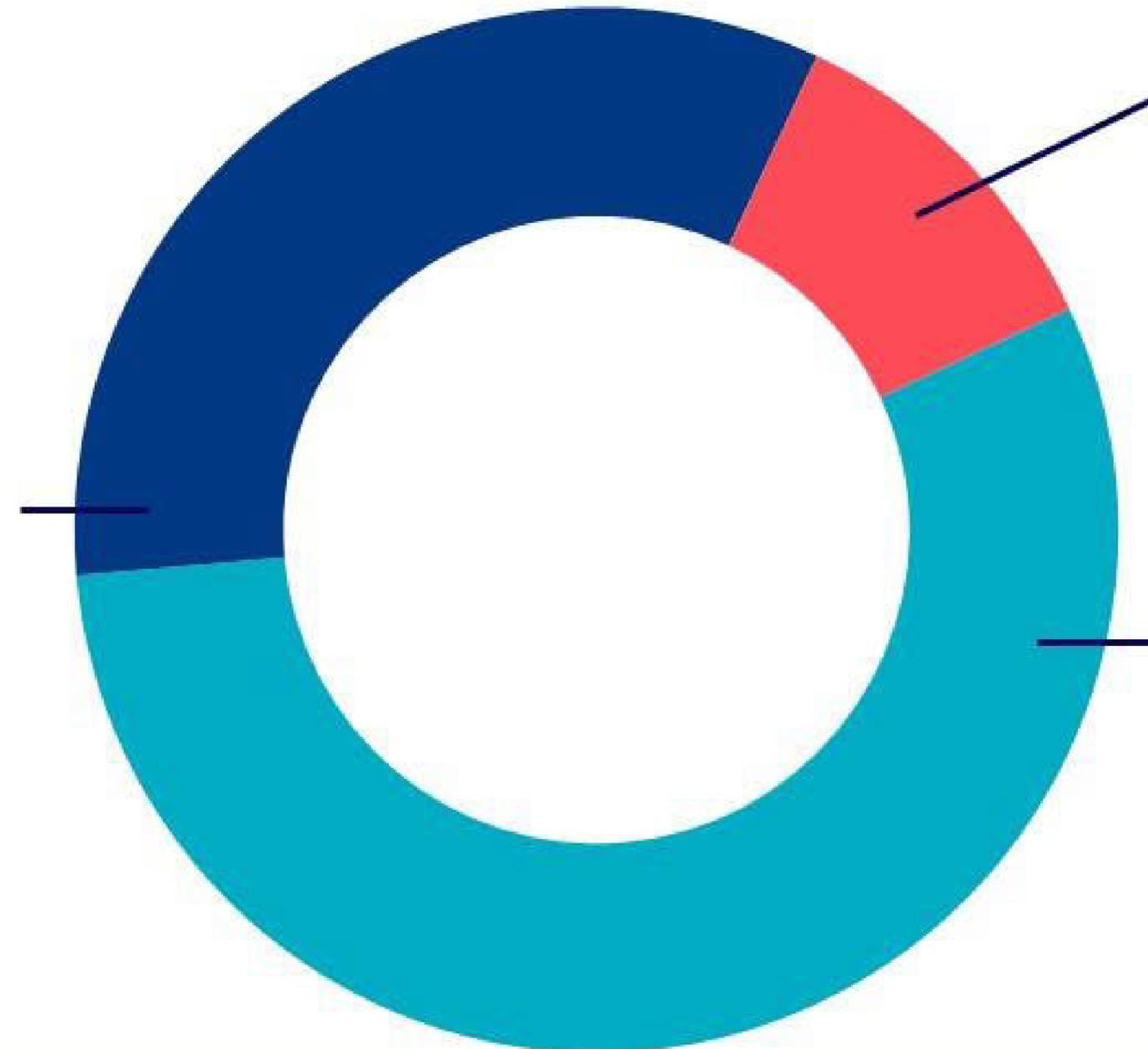
Les chercheurs ont fait preuve d'un leadership exceptionnel face aux défis de la COVID-19 : que ce soit en travaillant aux politiques de santé publique, en informant le grand public par de nombreuses entrevues diffusées dans les médias traditionnels et les réseaux sociaux, ou par des travaux de recherche. Ce contexte fut mis à profit par plusieurs de nos chercheurs, qui se sont illustrés et ont démarré de nouveaux projets, autant fondamentaux que cliniques. En tout, ce sont près de 250 projets en lien avec le SARS-CoV-2 qui ont vu le jour; projets portant autant sur l'étude du virus et de son mécanisme d'action, que sur les répercussions de la pandémie sur la population.

Les données présentées sont décalées d'une année : comme l'année financière 2020-2021 se terminait le 31 mars 2022 et que les fonds de recherche sont administrés à l'Université Laval ou au CHU, une conciliation est nécessaire. Celle-ci s'effectue au cours du printemps suivant la fin de l'année financière.

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

9
publications

3
évaluations
pour soutenir la prise de
décision par le Comité
d'introduction des
pratiques innovantes



1
prise de position
à la demande du Groupe
de travail pour les cliniques
dentaires de l'Institut
national de santé publique
du Québec

5
évaluations
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).

50 employés dont

34 intervenants en soins spirituels

3 publications de la Revue Spiritualitésanté

19 204 interventions

en soins spirituels auprès d'usagers



2021-2022

- Consolidation et maintien de l'offre de service en soins spirituels pour l'ensemble de la clientèle d'oncologie psychosociale et spirituelle
- Transformation en cours des lieux de cultes traditionnels en lieux de recueillement ouverts à tous (5 lieux adaptés cette année)
- Poursuite des groupes de méditation et des ateliers spirituels en version virtuelle pour les usagers
- Participation à l'élaboration du contenu de deux formations sur l'aide médicale à mourir
- Formation de base avec le CUSM et le Groupe interdisciplinaire de soutien de la région de la Capitale-Nationale (GIS Québec) pour l'aide médicale à mourir
- Formation continue avec l'Université-Laval et le GIS Québec

Épithésie – Service de prothèses faciales

Médecine dentaire en oncologie



Un total de
749
patients
provenant de
toutes les régions
du Québec

Équipe :

- 3 dentistes spécialisés
- 3 assistantes dentaires
- 2 épithésistes faciales
- 2 adjointes administratives
- 1 hygiéniste dentaire
- 1 modélisateur 3D

Une moyenne de
132
traitements
par année



Spécialités médicales :

- cardiologie
- chirurgie ORL
- hématologie/greffe de moelle osseuse
- implantologie
- prothèses : complexes et faciales
- radio-oncologie

Cette équipe, unique au Québec, offre des services préventifs, curatifs et de réhabilitation bucco-dentaire aux patients atteints de cancer ainsi que des services conseils aux dentistes généralistes.

Elle participe aux différents comités panquébécois de révision des programmes du MSSS et est également impliquée en enseignement et dans le développement de nouvelles technologies (chirurgie guidée, implants sur mesure imprimés 3D...).

Centre québécois d'expertise en implant cochléaire (CQEIC)



Réalisation de **99 %** des **195 chirurgies prévues** (60 enfants et 133 adultes)

12 chirurgies bilatérales simultanées, soit **10 fois plus** que la moyenne des années passées



272 rehaussements technologiques réalisés à l'échelle provinciale

Intégration d'une première **cohorte de stagiaires** du nouveau programme de maîtrise en audiologie de l'Université Laval

Intégration d'**un audiologiste expert en implant cochléaire** au nouveau Programme de maîtrise en audiologie de l'Université Laval



Nouveauté

Une offre de service pour les surdités unilatérales a été mise en place :

5 usagers

ont déjà pu en bénéficier

Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS)



2020*

81 850 naissances

80 021 dépistages

89 centres d'accouchement

98 % des nouveau-nés

du territoire québécois

Plus de **94 %** des
prélèvements effectués à **moins
de 48 heures de vie**

377 nouveau-nés à risque

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

139 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**

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

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

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

Le Service d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)



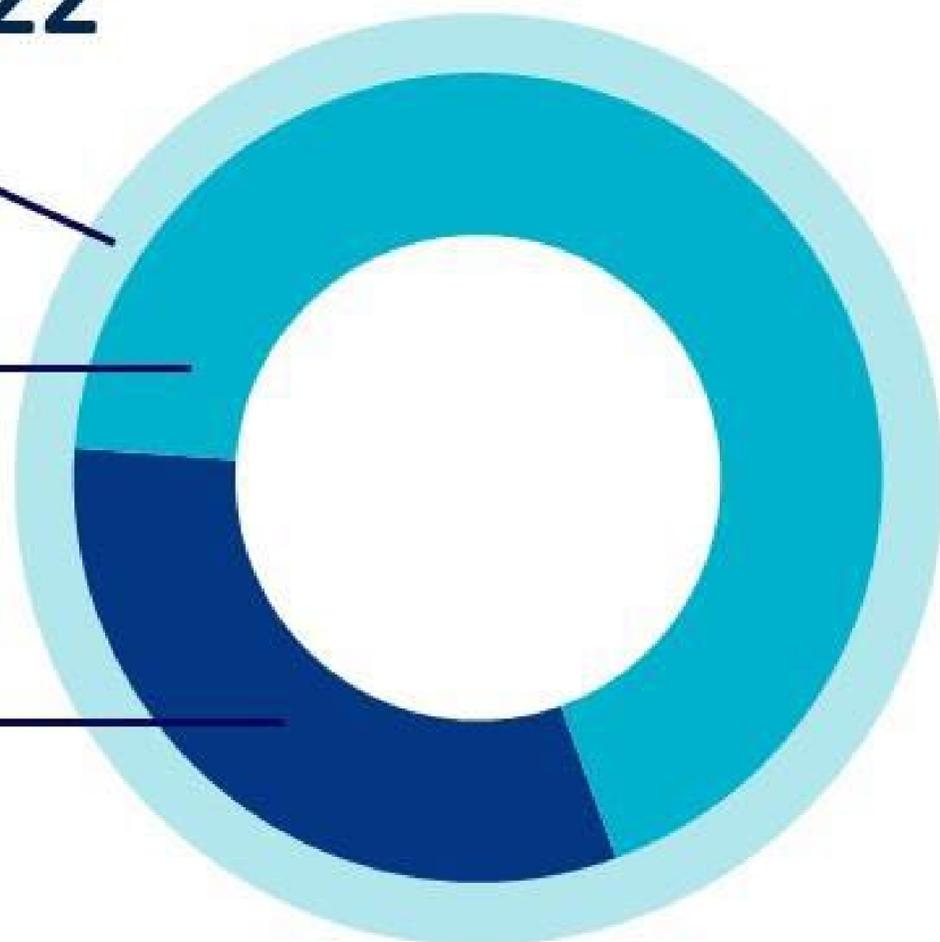
Depuis 1981, ÉVAQ a transporté plus de 117 000 usagers des régions éloignées et couvre un territoire de 1 667 926 km²

2021-2022

7 830
usagers

5 338
navettes
multi-patients
↑ 5,1 %

2 492
avion hôpital
↑ 5,6 %



↑ **5,2 %**
du nombre de
transports réalisés

70 usagers
COVID-19
suspectés
ou confirmés



100 %
des demandes
d'accompagnement
parental réalisées



- **CENTRALE DE COORDINATION** : consolidation du processus piloté par un médecin régulateur **24/7**
- **PLATEFORME INFORMATISÉE de traitement des demandes de transfert** : dépôt d'un dossier d'opportunité pour la développer
- **NAVETTE PROGRAMMÉE** : ajout d'une journée de plus par semaine pour une réponse proportionnée aux besoins
- **RECRUTEMENT** : 8 médecins entreront en fonction d'ici 2 ans

Principaux projets de développement immobilier au CHU*

16 465 000 \$
Grand total

HSS
1 052 000 \$

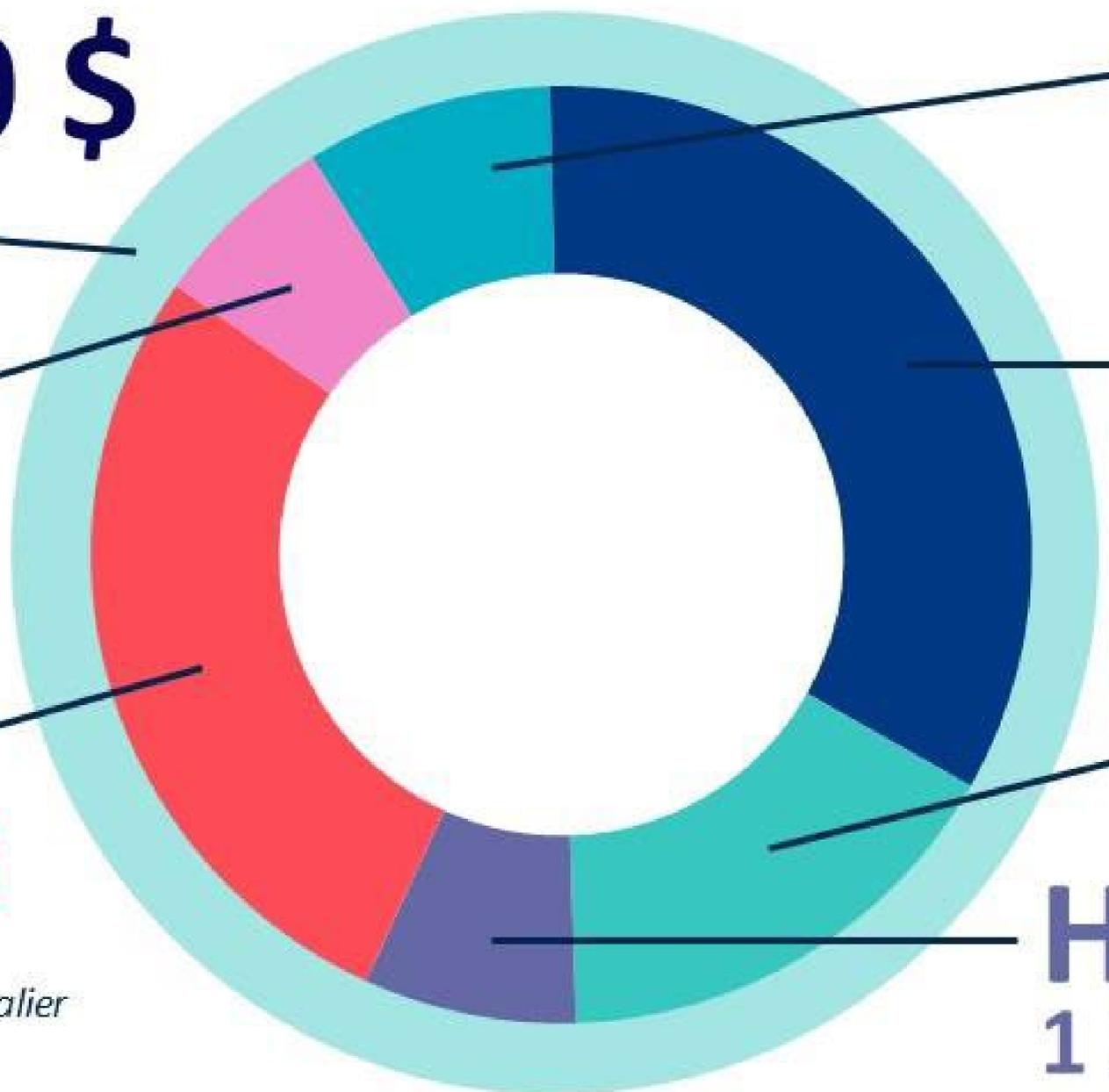
HSFA
4 594 000 \$

CHU
1 399 000 \$

CHUL
5 533 000 \$

L'HDQ
2 684 000 \$

HEJ
1 204 000 \$



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

COVID-19



Comparaison des impacts/vagues COVID-19

VAGUE 1 (107 jours) 15 mars 2020 au 30 juin 2020

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

LABORATOIRE : 64 430 tests

URGENCE :

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

HOSPITALISATION POUR LA COVID-19 :

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

VAGUE 2 (180 jours) 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021

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

LABORATOIRE : 468 472 tests

URGENCE :

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

HOSPITALISATION POUR LA COVID-19 :

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

VAGUE 3 (92 jours) 15 mars 2021 au 15 juin 2021

- Mode de gestion des activités « juste à temps »
- Protège l'accès aux soins le plus possible
- Hausse de 53 % de taux de positivité COVID-19 par rapport à la vague 2
- 29 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **56 ans**

LABORATOIRE : 283 860 tests

URGENCE :

- Positif : **1 261** visites
- Total : **27 441** visites
- Moyenne/jour : **13,56** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID-19 :

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

VAGUE 5 (97 jours) 5 décembre 2021 au 12 mars 2022

- Frappe de plein fouet le personnel avec un taux d'absentéisme très important
- Mode de gestion des activités en « juste à temps »
- Protège l'accès le plus possible
- 30 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **58 ans**

LABORATOIRE : 312 365 tests

URGENCE :

- Positif : **3 701** visites
- Total : **26 364** visites
- Moyenne/jour : **37,77** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID-19 :

- **1 143** usagers
- Maximum/jour : **32** nouveaux usagers

INTERVENANTS :

Près de **800 intervenants** absents en même temps

VAGUE 6 au 31 mars (18 jours) 13 mars 2022 au 31 mars 2022

- Vague qui a suivi de très près la 5^e ne laissant aucun repos au personnel déjà épuisé et affecté par la COVID-19
- 25 % des patients COVID-19 positifs sont hospitalisés
- Âge moyen des patients hospitalisés : **54 ans**

LABORATOIRE : 32 382 tests

URGENCE :

- Positif : **595** visites
- Total : **4 833** visites
- Moyenne/jour : **31,32** usagers positifs

HOSPITALISATION POUR LA COVID-19 :

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

INTERVENANTS :

Près de **570 intervenants** absents en même temps

Aperçu des activités COVID-19 – 2021-2022



111 comités tactiques
et **24** comités stratégiques



55 communiqués internes
et **48** rencontres des cadres



10 campagnes thématiques
d'informations internes dont
2 campagnes de reconnaissance

Tenue de **5** conférences de presse



53 338 appels reçus et
traités par la ligne info-santé
des travailleurs du CHU



16 rencontres du PDG
avec le personnel



18 états de situation COVID-19
6 au conseil d'administration
6 aux députés de la région
6 proactifs aux médias de la région

Les résultats au regard des cibles des ententes de gestion en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021 2022 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	118	138	120
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,91	15,39	13,5
<i>Commentaires :</i>			
<p>Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire : L'augmentation de l'achalandage en ambulatoire dans nos urgences dans la dernière année (21 % de plus en comparaison avec 2020-2021) contribue à la hausse des délais de prise en charge dans le contexte que cette hausse marquée est concomitante aux enjeux globaux de main-d'œuvre en nombre insuffisant lié à la situation pandémique. D'importants travaux régionaux sont en court avec les services de première ligne et les médecins de famille afin d'augmenter l'accès pour la clientèle ambulatoire en réorientation à partir de l'urgence ou en amont par des alternatives aux urgences majeures pour des conditions de santé nécessitant plutôt une consultation en GMF, en pharmacie ou dans une urgence mineure.</p> <p>Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : Notons également les travaux d'amélioration de la fluidité de prise en charge à l'urgence ainsi que pour la clientèle hospitalisée qui ont contribué à faire diminuer les durées moyennes de séjour sur civière par rapport à l'an dernier. Les démarches se poursuivent pour améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation, notamment par une meilleure planification des départs, un arrimage régional pour les départs sécuritaires des patients (soins à domicile, accès à la réadaptation ou à l'hébergement) et par la mise en place de règles d'utilisation des ressources à l'urgence comportant une intensification des actions visant à réduire tous les délais d'intervention.</p>			
Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021 2022 de l'établissement
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 747	3 832	2 000

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	78,9	81,1	85
--	------	------	----

Commentaires :

Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois :

La cible de 2 000 patients, établie à l'automne dernier, nous semblait réaliste. Cependant, nous avons traversé trois vagues COVID supplémentaires au cours desquelles du délestage a été effectué à la hauteur de 60 % dans plusieurs secteurs. L'impact sur la main-d'œuvre dans les blocs opératoire a été énorme et les départs nombreux. La reprise des activités à la hauteur de 100 % est alors impossible et n'a jamais dépassée 87 %, notamment en lien avec la situation de la main-d'œuvre. Le comité interne de priorisation s'est mobilisé afin de cibler les chirurgies à prioriser et attribuer les priorités opératoires en fonction de celles-ci. La chirurgie oncologique ainsi que les patients hors délais de plus d'un an ont été priorités. Il a donc été impossible d'atteindre les cibles de plus de six mois tel que définies à l'automne dernier. 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. De nouvelles stratégies pour la prochaine année sont mises en place afin d'optimiser nos plateaux techniques et améliorer notre agilité à opérer le bon patient dans les meilleurs délais.

Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours :

Indicateur pour lequel un suivi quotidien est effectué dans notre milieu. La chirurgie oncologique 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, comme cette cible est cumulative et que nous avons traversé trois vagues durant la dernière année, l'évolution tout de même favorable de cet indicateur nous encourage à maintenir les stratégies mises en place et démontrant une certaine efficacité. Nous sommes convaincus que les stratégies déployées et celles à venir nous permettront d'atteindre les cibles en oncologie pour la prochaine année.

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021 2022 de l'établissement
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	ND	0,85	0,36
Ratio de présence au travail	91,04	91,39	91,04

Commentaires

Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante :

La quasi-totalité de la main-d'œuvre indépendante est pour combler un manque d'agent administratif. Des campagnes de recrutement, une révision de nos exigences ainsi qu'un plan d'action pour la fidélisation de notre main-d'œuvre administrative sont les principales actions entreprises dans la dernière année afin de réduire le recours à cette main-d'œuvre.

Ratio de présence au travail :

La prime « escalier » pour le travail à temps complet ainsi que la Prime Covid de 4 % et 8 % ont jouées un rôle important sur l'augmentation du ratio de présence au travail.

Objectif : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021 2022 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	ND	98,91	90

Commentaires

Les résultats obtenus ont été possibles grâce à une organisation de grappe Optilab Capitale-Nationale impliquant des analyses de proximité dans les laboratoires de neuf hôpitaux et des analyses à haut débit disponibles dans deux d'entre eux pour les dépistages populationnels. Des suivis réguliers de la performance et des rencontres de coordination régionale plusieurs fois par semaine avec les partenaires de la Direction régionale de santé publique et des Cliniques désignées de dépistage (CDD) du CIUSSS-CN ainsi que de l'IUCPQ et du CHU ont permis des ajustements rapides des trajectoires des prélèvements en fonction des volumes d'analyses et des temps réponse pour une meilleure adaptation régionale et le maintien de la performance en matière de respect des délais attendus. Les résultats obtenus sont une amélioration significative par rapport à 2020-2021 (environ 88 % de résultats émis en moins de 24 heures du prélèvement) principalement grâce aux équipements à haut débit qui ont été acquis vers la fin 2021-2022 et qui ont permis à la fois une augmentation du nombre d'analyses et une amélioration des temps-réponse.

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

L'Agrément

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

L'établissement a été visité par Agrément Canada du 28 novembre au 3 décembre 2021. Lors de cet agrément, le CHU a atteint un taux de conformité de 96 % pour près de 1 500 critères évalués.

Lors de cette visite, le CHU a eu 28 recommandations. Dix recommandations concernaient des critères à priorité élevée et 18 recommandations concernaient 4 pratiques organisationnelles requises.

Les dates de remises des preuves sont le 29 novembre 2022 pour les critères à priorité élevée et le 29 mai 2023 pour les pratiques organisationnelles requises.



La sécurité et la qualité des soins et des services

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

L'implantation du nouveau système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en remplacement de Gesrisk (gestion système d'information des risques) et des nouvelles lignes directrices liées à la déclaration s'est réalisée durant l'année 2021-2022. Des suivis et des formations ont été effectués auprès des déclarants et des personnes responsables de l'analyse.

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 = 1 647	% par rapport à l'ensemble des événements N = 12 374
Problèmes de retraitement des dispositifs médicaux	698	42	6
Autres types d'événements	541	33	4
Problèmes de matériel	136	8	1

La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité c a 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 = 10 727	% par rapport à l'ensemble des événements N = 12 374
Erreurs de médicaments	4 539	42	37
Chutes	2 771	26	22
Erreurs de test diagnostique / Laboratoire	692	7	6

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 2021-2022, 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 ont été régulièrement sollicités.

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

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

- les mesures préconisées pour se préparer à la pandémie à la COVID-19 et pour y faire face efficacement afin de protéger toute personne qui est soignée, qui visite ou qui travaille au sein de l'établissement;
- l'ajustement des mesures préventives et correctives avant, pendant et après les vagues de la pandémie;
- L'état de situation relative à la bactérie bacilles à Gram négatif producteurs de carbapémases (BGNPC) dans les hôpitaux du CHU et l'état d'avancement du plan d'action correspondant à toutes les rencontres du comité de gestion des risques;
- l'évolution des taux de différentes infections et leur conformité aux cibles ministérielles;
- l'évolution du taux d'hygiène des mains avant et après un contact avec un patient.

Les membres du comité de gestion des risques ont accordé une attention particulière aux situations ci-dessous au cours de l'année 2021-2022:

- L'implantation du bilan comparatif des médicaments;
- Les chutes et la sécurité des médicaments;
- La conformité et la gestion des bonbonnes de gaz;
- La violence des usagers envers les intervenants;
- Le nouveau complexe hospitalier (NCH);
- La pandémie.

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

- Santé, sécurité et qualité de vie au travail;
- Sécurité transfusionnelle;
- Sécurité civile et physique;
- Radioprotection;
- Prévention et contrôle des infections;
- Sécurité informationnelle;
- Comité de prévention des chutes;
- 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 :

- Modification du format de polyampoules de lidocaïne afin d'éviter que celles-ci soient confondues avec une autre médication en vue de sécuriser le processus d'administration de ce médicament.
- Introduction d'un plan de relève informatique et de ressources humaines lors d'un nouveau chantier accès au jour 0 afin d'assurer une prise en charge sécuritaire de tous les rendez-vous prévus avant la bascule.
- Mise en place d'un tableau indicateur pour les demandes de consultation urgentes en ophtalmologie à l'Hôpital du Saint-Sacrement afin que la prise en charge s'effectue selon les délais.
- Révision de la trajectoire du patient (en contexte de grève des services paramédicaux) pour optimiser les transferts et diminuer les inconvénients pour les patients et le personnel soignant.
- Finalement, le volet de gestion des risques créé pour accompagner la gestion des activités liées à la pandémie à la COVID-19 depuis février 2020 a été maintenu en 2021-2022.

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

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

Le tableau suivant présente les taux de prévalence des mesures de contrôles de 2016 à 2022, par site :

	2016-2017		2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	Nov. 2016	Fév. 2017	Nov. 2017	Fév. 2018	Nov. 2018	Fév. 2019	Nov. 2019	Fév. 2020	Nov. 2020	Fév. 2021	Nov. 2021	Fév. 2022
HEJ	8,93 %	10,03 %	6,83 %	4,50 %	5,97 %	5,74 %	5,57 %	4,99 %	8,69 %	6,69 %	7,55 %	6,80 %
HSS	3,91 %	3,00 %	3,19 %	2,40 %	2,50 %	0,81 %	0,76 %	0,78 %	1,64 %	1,80 %	2,61 %	2,52 %
CHUL	0,99 %	1,01 %	1,01 %	1,81 %	1,24 %	0,68 %	1,32 %	0,94 %	2,13 %	1,36 %	2,56 %	0,50 %
HSFA	3,29 %	2,16 %	2,16 %	2,89 %	1,24 %	3,38 %	2,51 %	0,87 %	3,61 %	3,06 %	4,44 %	1,79 %
HDQ	1,86 %	1,62 %	0,75 %	1,59 %	1,29 %	1,47 %	0,80 %	0,00 %	0,80 %	0,00 %	2,59 %	2,13 %
CHU	4,48 %	4,02 %	2,84 %	2,95 %	2,89 %	2,90 %	2,19 %	1,52 %	4,08 %	2,75 %	4,42 %	3,13 %

En 2021-2022, pour l'ensemble des sites du CHU, le taux de prévalence pour l'utilisation des mesures de contrôle a subi une hausse significative, lequel s'apparente aux données de 2016, où nous observons les taux les plus élevés. En novembre 2021, 65 % des mesures de contrôle utilisées étaient en autre justifiées par un risque de chute. Une baisse du taux de chutes par 10 000 jours-présence a été observée, mais une hausse de la proportion de chutes de gravité E2+ a été constatée. Enfin, une diminution significative des heures de surveillance constante est observée par rapport à l'année précédente. Le manque important de main-d'œuvre, en partie expliquée 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. Parallèlement à ce constat, le nombre d'isolements liés au contexte de diagnostic de COVID-19 semble associé à une hausse significative des mesures de contrôle.

Face à ces constats, des mesures de sensibilisation globales ainsi que du soutien clinique ont été offerts afin de bien baliser les règles d'utilisation des mesures de contrôle afin d'aider les équipes à restreindre leur utilisation et de favoriser l'utilisation des mesures de remplacement (exemple : l'intégration des tournées intentionnelles à la planification des soins visant à répondre aux besoins de base des usagers par anticipation pour prévenir les chutes). Pour cette année, compte tenu de la difficulté de libération du personnel, et dans l'objectif de maintenir une offre de formation en gestion de la violence, seule la formation OMEGA sensibilisation (une journée) a été offerte de manière régulière.

La situation semble vouloir s'améliorer avec un taux de prévalence en baisse à 3,13 % pour février 2022. 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. Au cours de l'année 2022-2023, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) déploiera une nouvelle version de la formation OMEGA. Les formateurs actuels auront une mise à jour et nous aurons l'occasion d'augmenter le nombre de formateurs au CHU afin d'augmenter notre offre de formation.

De plus au cours de la prochaine année, une démarche innovante de prévention de la violence sera déployée pour l'ensemble du CHU. Cette démarche favorise une analyse et une prise en charge précoce des comportements des usagers à risque d'agressivité. Le déploiement sur certaines unités ciblées démontre une belle efficacité dans la prévention de la violence et une amélioration de la satisfaction et de la sécurité chez les travailleurs. Une équipe multidisciplinaire a adapté cette démarche à la réalité des urgences dans l'objectif d'assurer un déploiement organisationnel qui aura un impact réel sur les usagers et les travailleurs. Cette démarche encourage le travail interdisciplinaire et l'implication de l'utilisateur et de sa famille dans la recherche de solutions pour diminuer les comportements violents. La communication est également un élément important pour l'application de la démarche de prévention de la violence. Cette communication doit se faire par l'utilisation systématique du plan thérapeutique infirmier afin d'assurer l'application des interventions adaptées à l'utilisateur pour prévenir la violence et réduire le recours à l'utilisation des mesures de contrôle.

Une présentation à un midi CII sera également réalisée en mai prochain afin de faire un rappel sur ces différentes mesures de remplacements essentielles à la prévention des chutes ainsi que sur l'utilisation des mesures de contrôle.

Finalement, la poursuite des travaux 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 contribuera certainement à réduire l'utilisation des mesures de contrôle. L'adoption du cadre de référence et la poursuite des travaux du comité paritaire de gestion de la violence contribueront à avoir une vision organisationnelle de la situation de la violence afin d'orienter et collaborer avec les différentes directions. Enfin, la réactivation du comité code blanc amènera une démarche systématique d'analyse et à la mise en place d'actions ciblées pour certaines unités présentant un haut taux d'utilisation des mesures de contrôle.

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

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Accessibilité	0	<ul style="list-style-type: none"> Aucune
Soins et services	7	<ul style="list-style-type: none"> Établir une trajectoire afin de déterminer les rôles et les interventions de chaque professionnel à l'accueil obstétrical; Prendre les mesures appropriées afin que les infirmières du service de l'accueil obstétrical colligent une documentation exhaustive et représentative des interventions réalisées; Auditer les dossiers médicaux afin de s'assurer qu'ils répondent aux obligations déontologiques de documentation; Poursuivre les travaux en vue de l'implantation de la campagne « Meilleurs ensemble » dans les urgences où elle n'a pas encore été implantée.
Aspects financiers	38	<ul style="list-style-type: none"> Réviser le processus de facturation pour les usagers non-résidents; Ajustement de la facture.
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	<ul style="list-style-type: none"> Implanter la procédure de décompte des effets personnels des patients à l'urgence et en assurer la sécurité.
Droits particuliers	1	<ul style="list-style-type: none"> Statuer sur les mesures à prendre pour améliorer la confidentialité au pré-triage dans les urgences du CHU.

49 recommandations sur **875** dossiers de plaintes et d'interventions traités

38 à portée individuelle
11 à portée systémique

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

5 recommandations en attente d'une réponse

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

Motifs	Nombre	Mesures mises en place
Accessibilité	9	<ul style="list-style-type: none"> Encadrer la tenue de dossier d'un médecin afin que les notes médicales soient rédigées dans un délai acceptable et de manière complète; Examiner les trajectoires de prescription et de renouvellement de médicaments d'exception pour la clientèle pédiatrique; Avertir le plus rapidement possible le médecin ayant fait une demande d'imagerie concernant des anomalies peu fréquentes ou particulières, surtout chez les nouveau-nés; Favoriser la collaboration multidisciplinaire des équipes médicales pour diverses clientèles.
Soins et services	7	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la continuité des soins médicaux pour les usagers hospitalisés sur des unités hors secteurs de la spécialité médicale effectuant la prise en charge; Examiner, par le biais des comités appropriés, la pratique médicale et les décisions cliniques en lien avec les bonnes pratiques en la matière; Améliorer la continuité des soins médicaux pour les usagers avec les partenaires externes de l'établissement, autant locaux que régionaux, afin d'assurer une prise en charge communautaire sécuritaire de la clientèle à sa sortie de l'établissement; Améliorer la surveillance, la sécurité et les prescriptions médicamenteuses liées aux procédures radiologiques invasives.
Droits particuliers	3	<ul style="list-style-type: none"> Exiger une autorisation signée de l'utilisateur pour les démarches auprès des compagnies d'assurance ou autres organismes; Améliorer les communications entre un médecin et l'utilisateur pour l'obtention d'un consentement libre et éclairé encadrant l'accès à son dossier médical; Produire un outil numérique ou papier permettant de retracer les communications de l'équipe traitante avec la famille et les proches du patient.

19 recommandations pour
129 dossiers de plaintes
médicales comptant
185 motifs de plaintes

57 motifs ont fait l'objet
de **mesures correctives**
96 motifs **sans mesures**

17 des recommandations
ont fait l'objet d'un suivi
à la **satisfaction des médecins**
examineurs

1 recommandation en
attente d'une réponse et
1 recommandation refusée

Protecteur du citoyen – recommandations adressées à l'établissement

Recommandation	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
1	Absence de notes et de communication concernant le transfert d'un patient de l'urgence physique vers l'urgence psychiatrique	1. Révision de la trajectoire concernant entre autres les transferts de l'urgence physique à l'urgence psychiatrique au CHUL
1	Facturation des frais de chambre	1. Réduction de la moitié de la facture pour couvrir les frais de chambre semi-privée
1	Facturation des frais de chambre	1. Remboursement des frais de chambre semi-privée
3	Facturation des frais de chambre	1. Remboursement des frais de chambres privée et semi-privée 2. Cessation de la facturation de frais de chambre à l'îlot parents-enfants du CHUL 3. Mieux informer l'utilisateur ou son représentant du choix de chambre réel à l'îlot parents-enfants du CHUL
1	Trajectoire des personnes immunosupprimées qui se présentent à l'urgence COVID-19	1. Révision de la trajectoire des personnes immuno-supprimées qui se présentent à l'urgence en tant que cas suspecté de COVID-19 pour assurer leur protection de manière optimale dès leur arrivée à l'urgence
3	Facturation des frais de chambre	1. Réduction de la facture pour couvrir les frais de chambre semi-privée 2. Modification de la procédure effectuée par les agents administratifs du service des comptes clients lorsqu'ils facturent les chambres des unités d'obstétrique de façon à ce qu'ils tiennent compte du moment du transfert de la salle d'accouchement vers la chambre qui sera occupée par l'usagère 3. Cessation de la procédure d'admission par téléphone et retour aux façons de faire qui étaient en place avant la pandémie pour l'admission des usagers
1	Facturation des frais de chambre	1. Remboursement des frais de chambre semi-privée
2	Facturation des frais de chambre	1. Remboursement des frais administratifs facturés à l'utilisateur 2. Décision de ne pas rembourser les frais de chambre déjà remboursés par l'assureur, les démarches administratives requises étant supérieures au gain anticipé
1	Facturation des frais de chambre	1. Remboursement des frais de chambre semi-privée
1	Facturation de frais administratifs	1. Remboursement des frais administratifs facturés à l'utilisateur

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

Recommandation	Motifs	Mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
1	Réviser et uniformiser, voire améliorer (avec de la formation, des outils standardisés, ou autres modalités), l'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge des patients se présentant dans les urgences du CHU de Québec – Université Laval dans le contexte d'une crise suicidaire.	À la lecture du rapport, il a été jugé que le cette recommandation concernait le Centre intégré de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Un courriel a été envoyé au signataire du rapport le 8 novembre 2021, ainsi qu'une lettre au coroner en chef, le 17 décembre 2021 pour nuancer la situation. Cependant, la recommandation serait bénéfique à des fins préventives et le CHU a conservé cette dernière.

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

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

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

LES MISES SOUS GARDE ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2021 ET LE 31 MARS 2022						
Établissement / installation	HEJ	CHUL	L'HDQ	HSFA	HSS	TOTAL CHU
Nombre de mises sous garde préventives	314	177	12	22	()	528
Nombre demandes (requêtes) de mises sous garde provisoires présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin qui y exerce	47	62	10	15	()	137
Nombre de mises sous garde provisoires ordonnées par le Tribunal	18	61	()	()	()	87
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	9	47	()	()	6	65
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)	7	47	()	()	7	64

() : Nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et promotion des droits

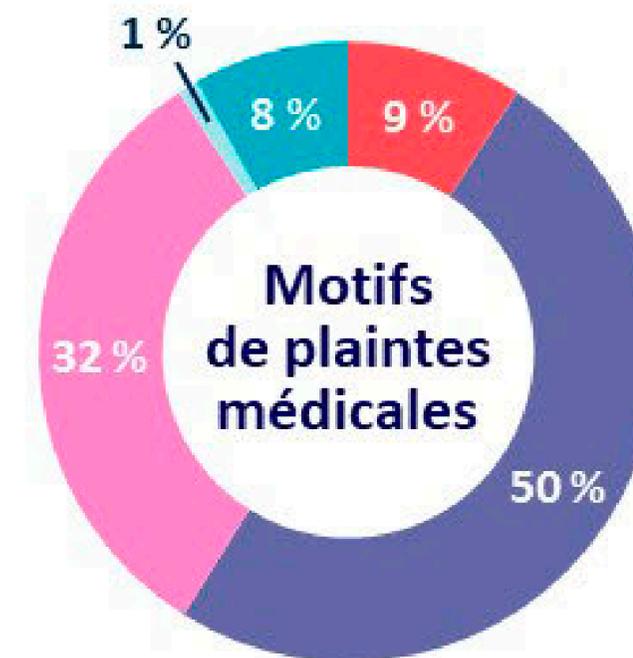


94 % des plaintes générales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.



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

82 % des plaintes médicales ont été traitées dans le délai de 45 jours prévu par la Loi.



- Aspect financier
- Droits particuliers
- Maltraitance
- Pandémie

Application de la politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie
(art. 8, Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ chapitre S-32.0001)
Exercice 2020-2021 : CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL – DU 1er AVRIL 2021 AU 31 MARS 2022

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)	2 301
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	248
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	333
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	219
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs	114
Aide médicale à mourir	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la demande : 31 • Ne répond pas aux critères : 19 • Décès avant l'AMM** : 14 • Demande prise en charge par un autre établissement *** : 39 • Demande en cours d'évaluation : 11 	
	Évaluation de l'acte médical <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'AMM administrées évaluées : 121 • 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.

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

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

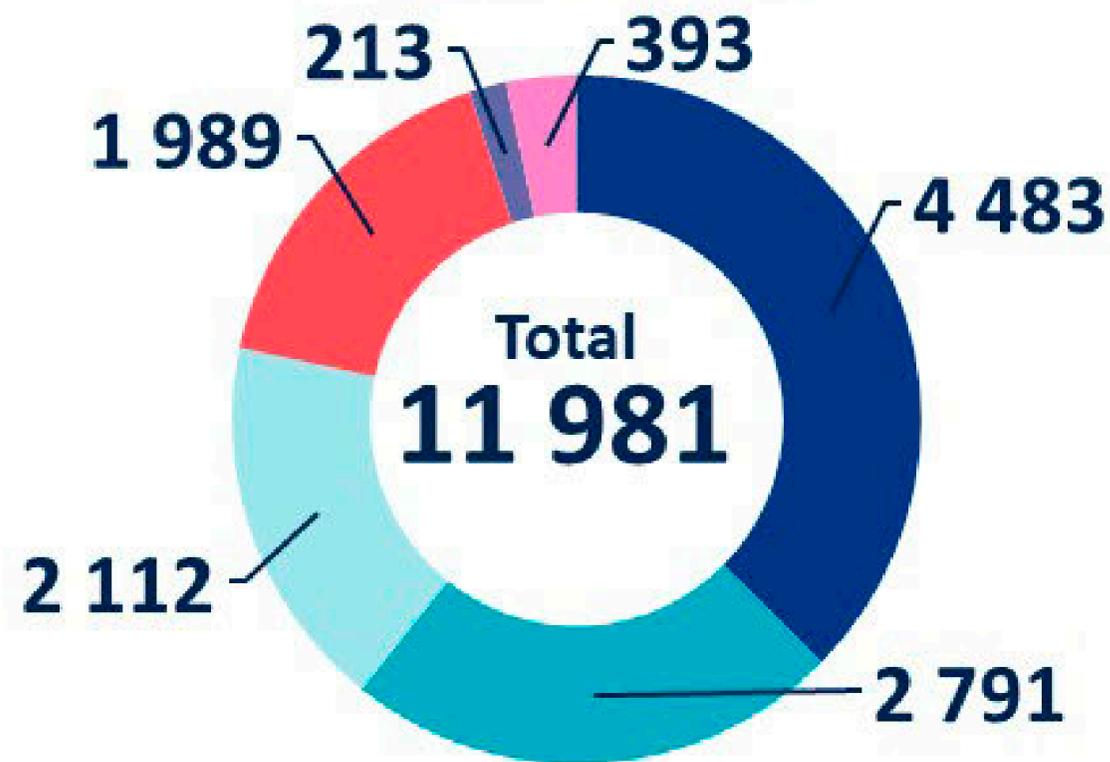
Les ressources humaines

Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel*



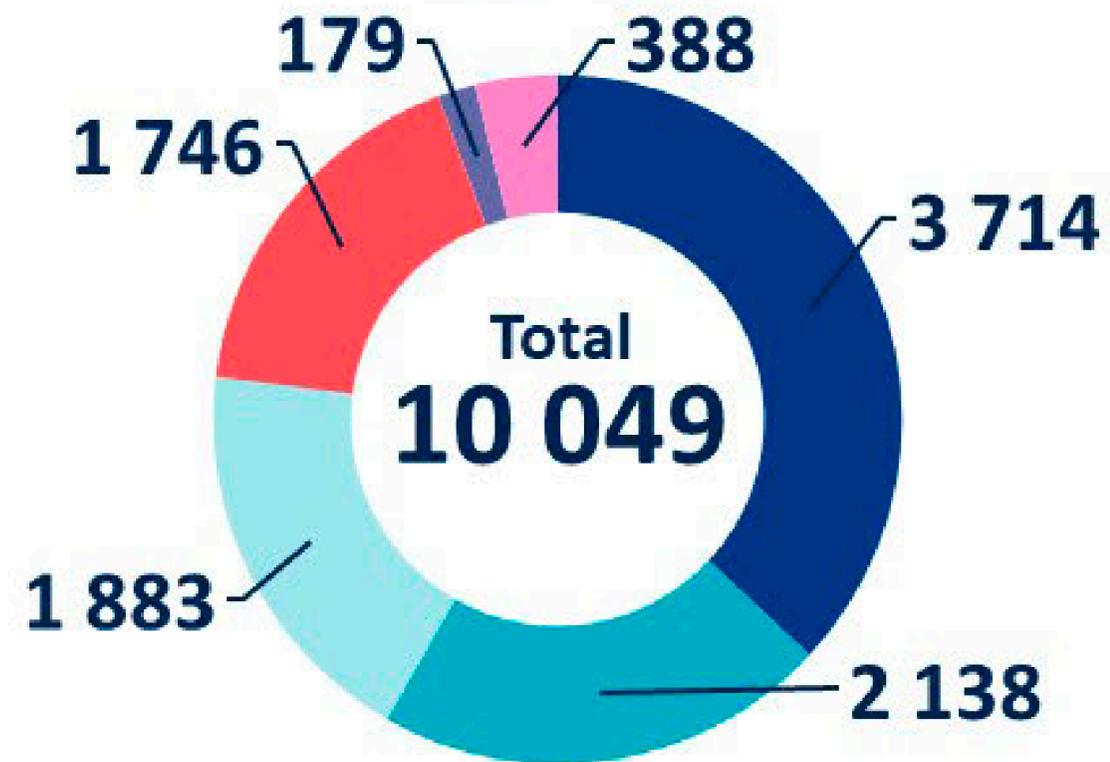
NOMBRE D'EMPLOIS

Au 31 mars 2021



NOMBRE D'ETC

2020-2021



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

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

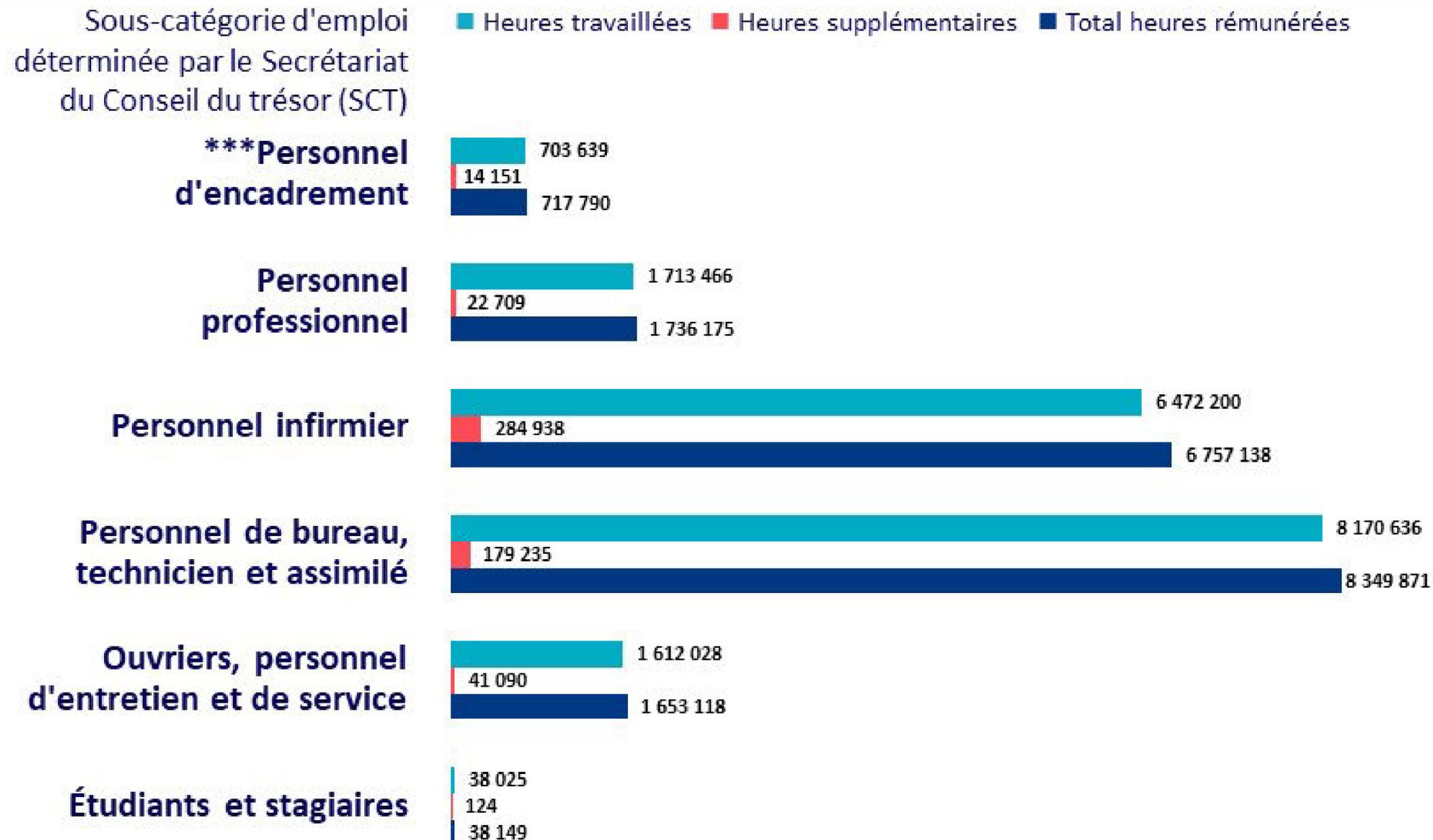
Nombre d'équivalent temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre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

* Excluant les intervenants du centre de recherche

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

Les ressources humaines

Heures rémunérées – 28 mars 2021 au 26 mars 2022



Total
19 252 240**

Cible
19 252 240

Écart
0 %*

- * **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

Au 31 mars 2022		CHUL	L'HDQ	HSFA	HEJ	HSS	Autres	SOUS TOTAL	TOTAL
SPÉCIALISTES	Actifs	315	165	103	265	74	29	951	1058
	Associés	37	16	15	24	12	1	105	
	Conseils	1	0	0	0	0	1	2	
MÉDECINS DE FAMILLE	Actifs	48	22	79	30	50	9	238	283
	Associés	8	1	7	24	3	2	45	
	Conseils	0	0	0	0	0	0	0	
PHARMACIENS	Actifs	42	35	38	35	23	0	173	183
	Associés	3	0	2	0	4	0	9	
	Conseils	1	0	0	0	0	0	1	
DENTISTES	Actifs	3	3	0	0	0	0	6	8
	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 programme services



PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Santé publique	8 416 392 \$	0.69 %	11 823 828 \$	0.84 %	3 407 436 \$	40 %
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	-	- %	1 085 548 \$	0.08 %	1 085 548 \$	100 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	4 978 463 \$	0.41 %	3 978 199 \$	0.28 %	(1 000 264) \$	-20 %
Déficiences physiques	21 326 \$	0.01 %	13 996 \$	0.01 %	(7 330) \$	-34 %
Santé mentale	422 445 \$	0.03 %	343 760 \$	0.02 %	(78 685) \$	-19 %
Santé physique	937 372 154 \$	76.67 %	1 114 108 875 \$	78.97 %	176 736 721 \$	19 %
Administration	89 593 133 \$	7.33 %	95 691 207 \$	6.78 %	6 098 074 \$	7 %
Soutien aux services	80 070 404 \$	6.55 %	86 928 220 \$	6.16 %	6 857 816 \$	9 %
Gestion des bâtiments et des équipements	101 779 934 \$	8.31 %	96 840 617 \$	6.86 %	(4 939 317) \$	-5 %
TOTAL	1 222 654 251 \$	100 %	1 410 814 250 \$	100 %	188 159 999 \$	15 %

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

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

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CHU de Québec - Université Laval	1104-5051	100-00 /

exercice terminé le 31 mars 2022

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

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

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

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

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

2022-06-14

Date

Martin Beaumont

Nom

Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)

2022-06-14

Date

Gaston Bédard

Nom

Signature de la personne désignée

Président du conseil d'administration

Fonction

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

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

L'équilibre budgétaire

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 de 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 2022, 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 2021 au 31 mars 2022

**Total des contrats
de service**

31 666 200 \$

33 **contrats de service**

avec un contractant autre
qu'une personne physique²

0 contrats de service

avec une personne physique¹

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

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

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

Les ressources informationnelles



Soutien aux activités cliniques et administratives

- Mise en place et consolidation des **infrastructures de télétravail**
- **Accompagnement** dans l'utilisation des outils collaboratifs et les nouvelles technologies
- Mise en place d'un **portail dans l'intranet** pour simplifier les demandes de service
- Création du **portail « Mon ADN »** pour faciliter l'accès des nouveaux employés à leur dossier numérique

Soutien au nouveau Centre intégré de cancérologie (CIC)

- Travaux d'infrastructure technologique
- Déploiement de nouveaux systèmes et outils d'information clinique
- Projets de compatibilité pour adapter les trajectoires dans les systèmes
- Nouveau système de gestion des salles partagées
- Système d'information pour la gestion des files d'attente virtuelles avec bornes d'accueil interactives

Maintien et développement des infrastructures technologiques

- Mise à niveau des **environnements de conservation de données**
- Mise en service informatique des analyseurs et du système de biologie moléculaire FLOW afin d'augmenter la capacité d'analyse des tests COVID-19
- Collaboration au **projet pilote de fiche clinique informatisée** pour l'**unité des soins intensifs de l'Hôpital de l'Enfant Jésus**
- Création de **processus et d'outils pour la planification des projets et le suivi des investissements** qu'ils requièrent
- Mise en place de **mesures de sécurité**
 - Mise en place des 15 mesures de sécurité du MSSS et du Centre opérationnel de cyberdéfense
 - Serveurs et stations de travail rehaussés pour bonifier la stabilité et la sécurité des infrastructures
 - Déploiement d'un logiciel de détection des activités virales plus performant
 - Acquisition d'une solution d'audit pour détecter les failles de sécurité
 - Mise en place d'une solution d'authentification multifacteur pour l'accès aux systèmes

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 2022 - AUDITÉE

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 2022 5
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	0500 Réserve	Au 1er avril 2021, la propriété des actifs et des passifs reliés aux contrats de location ont été transférés à l'établissement. Il n'y a donc pas d'impact pour l'exercice se terminant au 31 mars 2022. La réserve a été conservée au rapport de l'auditeur pour l'exercice se terminant au 31 mars 2021.	0600 Réglé
L'établissement n'a pas procédé à la prise d'inventaire physique des stocks pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Puisque les stocks ont une incidence sur la détermination des résultats d'exploitation et des flux de trésorerie, nous n'avons pas été en mesure d'établir si des ajustements des résultats d'exploitation et des flux de trésorerie pourraient être nécessaires pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.	2019-2020	0500 Réserve	La prise d'inventaire physique des stocks a été faite au 31 mars 2021 et au 31 mars 2022.	0600 Réglé
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.	2020-2021	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.	0620 Non réglé
Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives des employés de l'État, le gouvernement a déposé publiquement, à la date des états financiers, des offres salariales comprenant une indexation des salaires et des montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif. Ainsi, le dépôt de ces offres entraîne la comptabilisation d'un passif au 31 mars 2021. L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec ces offres, à la suite d'une décision du MSSS, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Par conséquent, les autres créditeurs et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués de 58 030 989 \$ alors que les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2022 et les déficits accumulés au 1er avril 2021 sont surévalués de 58 030 989 \$.	2020-2021	0500 Réserve	Provision non comptabilisée en 2020-2021 en raison de directive du MSSS émise le 29 avril 2021, l'anomalie est renversée et n'aura donc plus d'impact lors du prochain exercice.	0600 Réglé

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LGRG 2022.1.0

Révisée: 2020-2021

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>				
La méthode de compilation de l'unité de mesure « l'utilisateur » n'est pas conforme aux définitions du MGF pour les centres d'activités suivants : 6332-6352-6564-6565-7090-7553. Il n'est pas possible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site étant donné la non intégration des systèmes de compilation.	2012-13	0520 Commentaire	Avec le transfert d'activités au CIUSSS de la Capitale Nationale, pour le CA 6332, il n'y a plus le problème de l'utilisateur unique puisque tout se retrouve dans un seul code budgétaire. Pour les 4 autres secteurs (6564-6565-7090-7553) nous allons faire la preuve en 20-21 que les usagers sont uniques. En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	0610 Partiellement réglé
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant</i>				
<i>Rapport à la gouvernance</i>				
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 2022

La divulgation des actes répréhensibles

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES À L'ÉGARD DES ORGANISMES PUBLICS	NOMBRE DE DIVULGATIONS	NOMBRE DE MOTIFS	MOTIFS FONDÉS
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations	1	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1)	Sans objet	1	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		1	
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		0	0
• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	0	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	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	0
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23	0	Sans objet	Sans objet

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

CIC

Centre intégré de cancérologie

CII

Conseil des infirmiers et infirmières

CIIAI

Conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires

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

CSPP

Clinique spécialisée de pneumologie pédiatrique

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

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

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
LSSSS
Loi sur les services de santé et les services sociaux

M

MACSA

Modernisation, automatisation et contrôle des salles audiovisuelles

MEO
Mise en oeuvre
MSSS
Ministère de la Santé et des services sociaux

N

NCH
Nouveau complexe hospitalier

O

ORL
Oto-rhino-laryngologie

P

PAB
Préposé au bénéficiaire
PCI
Prévention et contrôle des infections
PCL
Plateforme clinico-logistique
PFM
Personne formellement mandatée
PFT
Plan fonctionnel et technique
PQDCCR
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
PQDCS
Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQDNS
Programme québécois de dépistage néonatal sanguin

R

RUISSS-UL

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

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
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 I - Les faits saillants des comités, conseils et instances consultatives

CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Faits saillants

En 2021-2022, le C.A. a tenu 6 séances régulières, avec un taux de participation de 91 %, et 3 séances spéciales, avec un taux de participation de 78 %. Il a adopté 396 résolutions découlant de l'une ou l'autre de ses fonctions.

Voici les principaux sujets qui ont été discutés ou qui ont fait l'objet de l'adoption de résolutions :

AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET INSTITUTIONNELLES

- Démission d'un membre du conseil d'administration
- Consolidation de l'équipe d'encadrement supérieur, le C.A. ayant entériné la nomination de 3 directeurs, un directeur adjoint et un directeur médical

AFFAIRES DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT

- Demandes d'aide financière auprès du ministère de l'Économie et de l'Innovation pour le financement d'infrastructures de recherche et d'innovation et pour la construction de salles pour la production de tissus en médecine régénératrice
- Révision du Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques de la recherche
- Adoption du Plan stratégique de recherche clinique 2022-2027
- Nomination de 2 directeurs d'axe de recherche et renouvellement du mandat du directeur adjoint à la recherche clinique

AFFAIRES FINANCIÈRES

- Adoption du budget pour l'exercice financier 2021-2022
- Adoption d'un plan d'équilibre budgétaire 2021-2024
- Approbation du rapport de l'auditeur indépendant et des états financiers pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2021
- Plusieurs demandes d'autorisation d'emprunt pour soutenir les besoins de liquidités relativement au mandat octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'achat d'équipements de protection individuelle (EPI) au niveau provincial
- Approbation des rapports financiers trimestriels 2021-2022

AFFAIRES PROFESSIONNELLES ET MÉDICALES

- Nomination et renouvellement de mandat de 4 chefs de départements médicaux et de 16 chefs de services, nomination de 2 cogestionnaires médicaux et d'un coordonnateur médical
- Adoption des Règles d'utilisation des ressources sur l'accès priorisé aux services spécialisés et surspécialisés du Service de psychiatrie

DOSSIERS EN LIEN AVEC LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

- Adoption d'un Cadre de référence sur l'approche de partenariat avec nos usagers et leurs proches
- Adoption du Plan d'action 2021-2022 à l'égard des personnes handicapées
- Adoption du Rapport annuel 2020-2021 du commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- Adoption du Rapport annuel 2020-2021 du comité de gestion des risques
- Demande de permis de centre de procréation assistée
- Demande de désignation de Centre de dépistage désigné dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

POLITIQUES, PROCÉDURES ET RÈGLEMENTS

- Révision de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité
- Adoption de la Politique sur la neutralité religieuse et les demandes d'accommodements pour motif religieux
- Adoption de la Politique organisationnelle de transparence
- Révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
- Révision du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et du Règlement de régie interne et de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche
- Révision du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration
- Révision du Règlement sur la régie interne du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Révision du Règlement de régie interne du conseil multidisciplinaire
- Révision du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques
- Adoption du Règlement sur la gestion intégrée des risques
- Adoption du Règlement sur le fonctionnement du comité d'éthique de la gestion et de la gouvernance
- Adoption du Règlement sur la détermination des orientations et des activités (projet d'établissement)
- Adoption de règlements de régie interne sur l'organisation et le fonctionnement de 2 départements médicaux et de 15 services médicaux

RECONNAISSANCE

- Motion de remerciements à l'occasion de la démission d'une administratrice
- Motion de félicitations pour le 40^e anniversaire du Programme d'évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ)
- Remerciements aux intervenants, à la coordonnatrice et à l'équipe du Module qualité et gestion des risques pour la visite d'Agrément

COMITES, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

COMITE DE GOUVERNANCE ET D'ETHIQUE

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C.A., et un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C.A. Il doit procéder annuellement à l'évaluation du comité et à l'évaluation du fonctionnement du C.A. Enfin, il doit s'assurer que l'établissement se dote d'un cadre conceptuel en éthique qui inclut une saine gouvernance éthique tant organisationnelle, clinique que de la recherche, puis il contribue aux orientations stratégiques en éthique via le suivi des plans d'action, des rapports annuels et des résultats obtenus par le Module évaluation et éthique de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles.

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu cinq rencontres régulières, avec un taux de participation de 96 %. Le comité a également tenu une réunion spéciale où 100 % des membres étaient présents.

COMITE DE VERIFICATION

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu six rencontres régulières, avec un taux de participation de 97 %, et trois rencontres spéciales, avec un taux de participation de 93 %.

COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le C.A. s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Il doit notamment recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au C.A. et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Il doit également établir des liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les

recommandations au C.A. Il veille au respect des règles concernant la divulgation à un usager de l'information relative à un accident et les mesures de soutien mises à sa disposition. Il étudie les rapports sur l'expérience patient et la satisfaction des clientèles, puis suit l'évolution du déploiement de l'approche liée au partenariat avec les patients et les proches. Il étudie le plan d'action et le rapport annuel d'activités du comité des usagers et assure le suivi des recommandations. Enfin, il veille à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Faits saillants

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ s'est réuni à 5 reprises durant l'année, soit les 19 avril, 31 mai, 13 septembre, 18 novembre 2021 et le 7 mars 2022 avec un taux de participation de 90 %.

Tout au long de cette année marquée par la pandémie, il a, d'une part, assuré une surveillance continue des listes d'attente et des délais moyens et, d'autre part, du cheminement des travaux du Chantier accès portant sur l'ensemble de nos activités ambulatoires. Il a également poursuivi ses activités visant à promouvoir la place distinctive de certaines clientèles desservies par l'établissement.

Pour ce qui est de la sécurité des soins et des services, le CVQ s'est assuré de la qualité des processus de gestion des risques, notamment par la prise en considération des rapports trimestriels sur les incidents et accidents, en suivant l'évolution du tableau intégré du suivi des plans d'amélioration, par l'examen du rapport annuel du comité de gestion des risques, incluant tout ce qui touche la prévention et le contrôle des infections et le programme québécois des soins sécuritaires, pour ne nommer que ceux-là. En suivi des orientations gouvernementales, il a proposé l'adoption d'une nouvelle mouture de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

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

Au plan plus spécifique de la qualité, il a examiné les activités liées aux soins en fin de vie et à l'aide médicale à mourir. Enfin, il a continué de suivre l'évolution des processus de certification en cours et a fait un bilan positif de l'agrément complété pour l'établissement.

COMITE DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

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

l'état de l'environnement juridique de l'établissement. Il s'assure que l'établissement mesure l'état de la mobilisation du personnel et instaure les plans d'action requis. Enfin, il examine l'état de la gestion des ressources humaines en regard des normes d'Agrément Canada.

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu cinq rencontres régulières, avec un taux de participation de 93 %.

COMITE DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES, IMMOBILIERES ET LOGISTIQUES

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu cinq rencontres, avec un taux de participation de 92 %.

COMITE DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EVALUATION

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu cinq rencontres régulières, avec un taux de participation de 80 %.

COMITE DU NOUVEAU COMPLEXE HOSPITALIER

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu six rencontres, avec un taux de participation de 89 %.

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

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité ne s'est pas réuni.

CONSEIL DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS

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

Au 31 mars 2022, le conseil des infirmières et infirmiers regroupe 3 669 infirmières œuvrant dans cinq sites géographiques.

Faits saillants

En 2021-2022, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers s'est réuni à 8 reprises pour des réunions régulières avec un taux de participation de 86 %. De plus, une assemblée générale annuelle a été tenue le 12 mai 2021.

Bilan des membres sortants

Deux membres ont quitté temporairement le comité :

M^{me} Caroline Beauchamp-Mourant (septembre 2021)
M. Martin Parent (décembre 2021)

Un membre a quitté le comité :

M. Mathieu Morisson (mars 2022)

Principales réalisations

Avis, recommandations et appuis

- Consultation dans le cadre du Règlement sur la gestion intégrée des risques, avril 2021
- Adoption du protocole infirmier 2021-PROT-INF-023, Évaluation de la condition clinique d'une patiente enceinte hospitalisée sur une unité autre que l'unité d'obstétrique, avril 2021
- Avis sur la contribution du conseil des infirmières et infirmiers du CHU aux États généraux sur la profession infirmière, avril 2021
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-14 – amorcer une demande d'examen de radiographie de la cheville ou du pied lors de suspicion d'une fracture à la suite d'un traumatisme isolé, mai 2021
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-15 – amorcer une demande d'examen de radiographie du genou lors de suspicion d'une fracture à la suite d'un traumatisme isolé, mai 2021
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-100 – Initiation et ajustement de l'insuline et des antihyperglycémifiants oraux chez la clientèle obstétricale hospitalisée avec diabète prégestationnel (type 1, type 2 ou autres) ou gestationnel, mai 2021
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-MED-16 – amorcer une demande d'examen de radiographie de la clavicule, du coude, de l'avant-bras, du poignet, de la main, du doigt ou d'un orteil lors de suspicion d'une fracture à la suite d'un traumatisme isolé, mai 2021
- Consultation sur l'ordonnance collective OC-PHAR-102 – Initiation et ajustement de l'insuline chez la clientèle obstétricale hospitalisée avec diabète prégestationnel (Type 1, Type 2 ou autre) AVEC pompe à insuline personnelle sous-cutanée, mai 2021
- Avis au président-directeur général et au président du conseil d'administration concernant la composition du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers 2021-2022, juin 2021
- Consultation sur le protocole PROT-PHAR-150 – Ajustement de l'insulinothérapie administrée par pompe à insuline chez les patients diabétiques en externe et ordonnance individuelle d'ajustement (OIA) pompe à insuline protocole, juin 2021;

- Adoption du protocole infirmier 2016-PROT-INF-007, Soins et surveillance du nouveau-né admis à la pouponnière en soins intermédiaires, juin 2021
- Consultation dans le cadre du Guide de pratique interdisciplinaire, juin 2021
- Adoption du protocole infirmier 2021-PROT-INF-024 – Évaluer et prendre en charge des événements cardio-respiratoires chez les nouveau-nés à risque hospitalisés en pouponnière de soins intermédiaires, juillet 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-168 – Administration d’acétaminophène par voie orale en radio-oncologie; septembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-MED-114 – Initier des prélèvements lors d’une exposition accidentelle au sang ou à d’autres liquides biologiques à risque de transmission de pathogènes, septembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective PROT-PHAR-152 – Ajustement des électrolytes selon les résultats des laboratoires matinaux – USI adultes, septembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-162 – Initier un traitement parentéral (dextrose, glucagon) de l’hypoglycémie chez l’adulte diabétique, septembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-083 – Initier des mesures thérapeutiques (dexrazoxane, diméthylsulfoxyde (DMSO), hyaluronidase) lors d’extravasation associée aux traitements antinéoplasiques, septembre 2021
- Consultation dans le cadre de la capsule d’information sur un projet de transformation des horaires de travail, septembre 2021
- Appui sur le Programme de développement de ressources cliniques, septembre 2021
- Avis concernant les règles de soins infirmiers encadrant la surveillance clinique reliée à l’administration d’opiacés, septembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-153 – Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques pour la clientèle de 14 ans ou plus connue MPOC avec dyspnée aiguë à l’urgence (salbutamol, ipratropium), octobre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-41 – Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques avant prise en charge médicale chez un enfant fébrile et sous chimiothérapie active ou moins d’un an post greffe de moelle osseuse se présentant à l’urgence (lidocaïne, soluté dextrose 5 % - NaCl 0,9 %), octobre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-142 – Initier les examens diagnostiques et les mesures thérapeutiques (vitamine K et érythromycine) pour le nouveau-né, octobre 2021
- Adoption du protocole infirmier 2021-PROT-INF-025 – Application des mesures de réchauffement actif pour la normothermie périopératoire, octobre 2021
- Adoption de la règle de soins infirmiers 2019-RSI-008 – Installation d’un cathéter veineux périphérique par écho-guidage chez l’adulte, octobre 2021
- Consultation dans le cadre de la Stratégie de dénomination du NCH et du CHU, octobre 2021
- Avis sur la création du comité des infirmières praticiennes spécialisées du conseil des infirmières et infirmiers du CHU de Québec – Université Laval, octobre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-MED-412 – Initier un test diagnostique pour le virus respiratoire syncytial (VRS), décembre 2021
- Consultation sur l’ordonnance collective OC-PHAR-191 – Initier un traitement (diphendramine et hydrocortisone) lors d’une réaction d’hypersensibilité à un agent antinéoplasique chez un usager adulte traité en hématologie, décembre 2021
- Adoption du protocole infirmier 2018-PROT-INF-016 – Évaluation d’une patiente lors d’une maturation du col utérin en consultation externe en vue d’un déclenchement médical de l’accouchement, décembre 2021
- Consultation dans le cadre du Plan stratégique de la recherche clinique 2022-2027, décembre 2021
- Appui à la présidente du comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sur le Règlement du CHU sur l’émission et l’exécution des ordonnances pharmaceutiques, décembre 2021
- Adoption de la règle de soins infirmiers 2017-RSI-007 – Évaluation et suivi postchute; mars 2022
- Avis sur l’obligation d’application des ordonnances collectives par les infirmières, mars 2022

Implication dans l'organisation

COMITÉ	RESPONSABLE AU CECII	AUTRE PERSONNE-RESSOURCE
ACIQ	Antissar Lemzouri Président : Olivier Godbout (substitut) CIIA : Julie Beaupré	Présidente : Roxanne Brouillard
Comité du CIIA	Julie Beaupré France Bourgeault	Président : Olivier Godbout Membre de la DSI : Josée Guillemette
Comité PAB	Marie-Claude Guindon Caroline Beauchamp Mourant (Julie Maranda) Isabel Gaudreault Substitut (CIIA) : Julie Beaupré	Co-Responsables : Marie-Claude Guindon, Michèle Gemme (Gil-Anne Gagné)
Comité AGA - Colloque	Isabel Gaudreault Barbaraz Ramirez (CRIIA) Sandra Charette (CIIA)	Responsable : Antissar Lemzouri Soutien : Karine Laroche
Comité relève infirmière (CRIIA)	Julie Maranda Substitut : Gil-Anne Gagné	Présidente : Annia Steben-Roy
Comité éthique clinique	Antissar Lemzouri N.B. Aucun remplaçant permis dans ce comité	D ^r Pierre-Jacques Durand
Table régionale infirmière (TRI)	Marie-Claude Guindon Olivier Godbout (Président de la table)	Sandra Racine (DSI du CIUSSS, soutien) Nathalie Thibault (co-présidente) Secrétaire : Sylvie Smith PDG du CIUSSS : Michel Delamarre
Comité publicitaire du CII / CIIA (CHUchoteur, Facebook)	Alex Poulin Herron Caroline Beauchamp-Mourant (Julie Maranda) France Bourgault (CIIA) Support : Karine Laroche	--
Comité Bourses de formation continue Comité gala reconnaissance (q2ans)	Antissar Lemzouri Jérôme Martin-Gagnon Marie-Claude Guindon (soutien) Isabel Gaudreault Jérôme Martin-Gagnon Marie-Claude Guindon (soutien)	Karine Larivière Karine Larivière
Comité de promotion et développement professionnel Comité gestion des risques	Vanessa Huard Jérôme Martin-Gagnon	Responsable : Karine Laroche Présidente : Michèle Ricard

COMITÉ	RESPONSABLE AU CECII	AUTRE PERSONNE-RESSOURCE
	Substituts: Julie Maranda	
ORIIQ (région 03)	Olivier Godbout Marie-Claude Guindon	Président : Rodena Severe Secrétaire : Monica Vallée
Comité des avis du CII (2 personnes en écriture et 2 en consultation)	Gil-Anne Gagné et Martin Racicot En consultation : Alex Poulin-Herron, Julie Maranda et Marie-Claude Guindon	Olivier Godbout
Comité d'amélioration de la pertinence clinique	Olivier Godbout Substitut : Martin Racicot Julie Maranda	Président : Martin Beaumont Coprésidente : Dre Valérie Gaudreault Secrétaire : Lucie Champgane
Comité stratégique de la PMO	Vanessa Huard (Mathieu Morisson) et Jérôme Martin-Gagnon (Martin Parent)	
4 groupes de travail; Gestion des horaires Accueil, intégration et développement de carrière Charge de travail et organisation de travail Comité de représentation tactique de gestion du déploiement	Isabel Gaudreault Annia Steben-Roy (CRIIA) Julie Beaupré (CIIA) Isabelle Royer (CIIA) Mathieu Morisson Alex Poulin-Herron Jérôme Martin	Présidente : Danielle Goulet Adj. adm. : Nicole Gingras Charles Guérard bureau d'expertise projet
Comité recherche clinique (bourses de recherche clinique)	Antissar Lemzouri Olivier Godbout	Responsable : Stéphane Bolduc Adjoint : Hugo Garneau
Comité d'intégration culturelle	Isabel Gaudreault Substitut : Antissar Lemzouri	Responsable : Isabel Gaudreault Orfa Molano Moralez
Comité WEB Intranet	Julie Maranda Soutien : Karine Laroche	Responsable : Geneviève Dupuis Secrétaire : Julie Labrie
Comité interconseils professionnels CM-CMDP-CII	Olivier Godbout Martin Parent	Responsables : présidents des conseils
Comité NCH – comité intégrateur clinique	Olivier Godbout Martin Racicot	Directrice : Christine Mimeault Adj. au directeur : Nancy Laverdière
Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles du CMDP	Olivier Godbout Substitut : aucun permis	Présidente : Dre Régine Blackburn secrétaire : Amélie Poirier
Comité des IPS	Olivier Godbout Substitut : Gil-Anne Gagné	Présidente : Danielle Boucher

COMITÉ	RESPONSABLE AU CECII	AUTRE PERSONNE-RESSOURCE
Comité 10 ^e anniversaire CHU AD HOC	Gil-Anne Gagné Substitut : Isabel Gaudreault	Responsable : Geneviève Dupuis
Comité de travail sur les communications (nouveau regard) AD HOC	Antissar Lemzouri Alex Poulin-Herron	Karine Laroche Isabelle Vézina
Représentation du CII par infirmières du CHU		
Tactique PCI	Jolène Provost (DSI)	Responsable : Valérie Dancause
Comité stratégique sur la continuité informationnelle	Brigitte Martel ou Isabelle Vézina (DSI)	Présidente : Danielle Goulet
Comité éthique de la recherche	Marie-France Boudreault (DSI)	Catherine Vayssier, conseillère en éthique de la recherche
Comité UÉTMIS – volet orientation et scientifique	Christine Danjou (DSI)	M. Martin Coulombe D ^r Marc Rhains

Participation à diverses activités professionnelles

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

- Présentation de deux candidatures au Prix excellence de soins de l'Ordre régional des Infirmières et Infirmiers de Québec, mai 2021
- Assemblée générale annuelle de l'Ordre régional des Infirmières et Infirmiers de Québec, septembre 2021
- Participation aux tables des Présidents de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec, avril, juin, octobre, novembre 2021, février et mars 2022
- Assemblée générale annuelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et forum virtuel 2021 : au cœur de l'expertise infirmière, novembre 2021
- Présentation du rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers au C.A., juin 2021
- Rencontre des présidents des 3 conseils professionnels, 2021
- Suivi du C.A. du CHU, en continu
- Présentation au comité des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du C.A., mars 2022
- Suivi des indicateurs sensibles aux soins infirmiers, en continu
- Participation au comité de planification stratégique de la main-d'œuvre / « En mode solutions », en continu
- Rédaction d'articles dans la section Page des soins, du CHUchoteur, en continu

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le conseil multidisciplinaire a la responsabilité envers le C.A. pour toute installation exploitée par l'établissement :

- De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres;

- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le C.A.;
- De faire un rapport annuel au C.A. concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent, au 31 mars de chaque année. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.

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

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu 7 rencontres régulières, 7 comités de travail et une assemblée générale, avec un taux de participation de 95 %.

Principales réalisations

AVIS, RECOMMANDATIONS ET ADOPTIONS

- Avis sur la proposition de dénomination officielle du site du nouveau complexe hospitalier, juin 2021
- Avis concernant la réalisation de l'appréciation à la contribution de l'employé, novembre 2021
- Recommandations concernant la pénurie de main-d'œuvre, décembre 2021
- Appui à la Politique organisationnelle de transparence, janvier 2022
- Appui au Projet de littératie et promotion de la santé durable en visant à développer le partenariat et les alliances pour renforcer les capacités d'agir des personnes et des organisations, février 2022

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

- Participation à l'élaboration d'un plan d'action annuel et des rencontres de l'instance régionale
- Participation des membres de l'exécutif à une consultation volet télésanté CM
- Participation de la présidente aux rencontres de la nouvelle approche de soins
- Échange présidents CHUM-CHUS et CHU de Québec pour suivi ACFAS
- Échange au sujet des nombreux consultants au dossier dans le secteur mère-enfant avec la présidente du comité des usagers

- Rencontre de la présidente avec la chef de services des pratiques interprofessionnelles et de la qualité : stratégie Texte chuchoteur, Suivi fondation – Bourse de formation hors Québec
- Rencontre de suivi (post-lettre d’avis-recommandations) au sujet de l’implantation du modèle de dysphagie, juin 2021
- Dépôt du rapport annuel au C.A., juin 2021
- Participation de la vice-présidente au comité de sélection des bourses, octobre 2021
- Présentation Comité Amélioration Pertinence Clinique (Sylvain L’espérance), octobre 2021
- Rencontre Hugues Vaillancourt (conseiller en éthique), octobre 2021
- Participation au Comité consultatif à la direction, octobre 2021
- Consultation des membres au sujet des enjeux cliniques lors des diners du comité interprofessionnel pour chaque site (version virtuelle/site), octobre et novembre 2021
- Séance de réflexion et de consultation avec le président du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers et du comité pour le maintien et la compétence des membres en lien avec la pertinence, octobre 2021, février et mars 2022
- Échange entre les membres de l’exécutif, la Direction des services multidisciplinaires, la Direction des services professionnels et des affaires médicales et le chef de services des pratiques interprofessionnelles et de la qualité, au sujet des problématiques soulevées en lien avec la vidéofluoroscopie par les membres, novembre 2021
- Échange entre les membres de l’exécutif et le président du CII au sujet du continuum de soins en contexte d’une gastrostomie, novembre 2021
- Participation et implication aux conférences du Mois de l’Association des conseils multidisciplinaires du Québec, novembre 2021
- Participation de la présidente au C.A., novembre 2021, février 2022
- Participation de la présidente aux «Table des chefs», novembre 2021, janvier, février et mars 2022
- Invitation du directeur de la qualité, de l’évaluation, de l’éthique et des affaires institutionnelles pour discuter du Code déontologique et du Code d’éthique ainsi que du projet d’établissement, décembre 2021
- Participation à une rencontre de consultation - Projet d’établissement- Mesure de Valeurs du CHU de Québec, mars 2022
- Participation de la présidente aux déjeuners-causeries de l’Association des conseils multidisciplinaires du Québec, octobre et novembre 2021, mars et avril 2022
- Préparation et présentation (table de discussion) – Colloque ACFAS (6 mai) Recherche clinique (Présentation de la procédure effectuée pour appariement des bourses inter conseils et volet professionnel, grille d’évaluation et point bonus pour projet multidisciplinaire)
- Suivi de notre avis usage du tabac, identification d’une personne pouvant siéger à une rencontre du comité consultatif, en attente d’une date

PRINCIPALES RÉALISATIONS EN LIEN AVEC LES PRIORITÉS ANNUELLES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE DE L’ANNÉE 2021-2022

- Prioriser l’expérience patient Accès aux services
- Poursuivre les activités au conseil multidisciplinaire et interconseils (chute à l’urgence de l’HSFA) afin de s’assurer de prévenir les chutes à l’urgence par des actions d’identification et d’intervention précoce des personnes à risque
- Rencontre inter-conseil et analyse des recommandations
- Soutenir et favoriser la mise en place de l’Approche Adaptée à la Personne Âgée (AAPA)

Meilleures pratiques au quotidien

- Réaliser les suivis des avis, recommandations du comité exécutif, des comités de pairs terminés et du comité pour le maintien et la compétence des membres avec une préoccupation de qualité, de pertinence et de meilleures pratiques
- Soutenir les comités de pairs et les projets d'évaluation des pratiques
- Établir une procédure de suivi des avis et recommandations du conseil multidisciplinaire
- Soutenir l'organisation dans la diminution des infections nosocomiales telles que la COVID-19, le Bacilles Gram négatif multirésistants (BGNMR) et la bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC)
- Invitation de l'équipe de prévention et contrôle des infections lors d'une réunion du comité exécutif
- Présence d'un membre de l'exécutif au comité tactique de prévention et contrôle des infections
- Rencontres de l'exécutif réalisées par Teams
- Promotion du lavage des mains par la transmission des résultats des audits aux membres
- Organiser la formation des membres de l'exécutif sur la gouvernance à un niveau stratégique, leur permettant de comprendre et d'assurer pleinement leur rôle à ce niveau
- Formation des membres de l'exécutif par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (mandat/rôle)
- Réalisation de ceinture blanche LEAN pour 3 des nouveaux membres de l'exécutif
- Optimiser la connaissance des activités du conseil auprès des membres
- Améliorer les communications avec les membres via le nouvel Intranet –SPOT
- Assurer une diffusion mensuelle dans le CHUchoteur
- Mise en place d'une procédure pour l'accueil des nouveaux membres; Évaluation de la pertinence de cette procédure (en cours)
- Optimiser les activités du conseil et inter conseils relevant du C.A.

Santé et Mieux-être

- Collaborer à la reconnaissance des membres et des équipes
- Participation aux activités de reconnaissance de l'organisation
- Reconduite des mentions reconnaissance du conseil multidisciplinaire
- Diffusion des mentions reconnaissance du conseil multidisciplinaire - Article CHUchoteur
- Contact réalisé auprès de la Fondation du CHU de Québec en lien avec les activités de financement des bourses de formations à l'international. Transmission d'une évaluation de la présidente en lien avec la campagne de financement de la Fondation et les besoins de nos membres
- Présentation du plan d'action de la Fondation du CHU de Québec à une rencontre comité exécutif
- Inventaire des semaines/mois des professions de la Direction des services multidisciplinaires en collaboration avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
- Reconnaissance des titres d'enseignement : Travail en collaboration avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires pour uniformiser une signature avec mention du titre

Façonner le CHU de demain

S'assurer que les projets de transformations du nouveau complexe hospitalier adopteront une vision « équipe interdisciplinaire » dans l'étape de transformation

Participation aux rencontres du nouveau complexe hospitalier lors d'invitation

Invitation au comité exécutif des personnes-ressources en lien avec le nouveau complexe hospitalier pour connaître l'avancement et assurer une vigie des changements à venir pouvant intervenir sur la qualité des soins et les bonnes pratiques.

CONSEIL DES MEDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a comme responsabilités, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Il évalue et s'assure que soit maintenue la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens. De plus, il émet des recommandations sur les qualifications et la compétence à la suite d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à accorder. Il est consulté sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés aux médecins et dentistes par le C.A., lesquelles doivent avoir pour but d'assurer la participation du médecin ou du dentiste aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Le CMDP donne aussi son avis sur les mesures disciplinaires à imposer à un médecin, dentiste ou pharmacien. Il fait également des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et sur les règles d'utilisation des médicaments élaborées par chaque chef de département clinique. Cette année, le CMDP a beaucoup développé son rôle de gardien de la qualité et de la pertinence. Il a également, toujours dans l'optique d'une qualité des soins optimale, donné son avis sur l'organisation des soins à plusieurs niveaux, notamment dans le contexte de la pandémie et pour le nouveau complexe hospitalier.

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité exécutif du CMDP a tenu 13 rencontres régulières avec un taux de participation de 93 %, de même que plusieurs consultations par courriel nécessitant une réponse rapide. Il a également tenu une assemblée générale annuelle le 19 mai 2021 avec une participation de 350 membres et une assemblée générale ordinaire le 15 décembre 2021 avec une participation de 310 membres.

Comité d'examen des titres – Nombre de réunions : 6	Taux de participation : 78 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique Nombre de réunions régulières : 2	Taux de participation : 65 %
Comité de pharmacologie Nombre de réunions : 19	Taux de participation : 89 %
Comité de discipline Création de 4 comités de discipline	Taux de participation : 100 %

LES AUTRES COMITÉS

Comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles Nombre de réunions : 8	Taux de participation : 81 %
Comité des dossiers Nombre de réunions : 9	Taux de participation : 91 %
Sous-comité des formulaires Nombre de réunions : 9	Taux de participation : 100 %
Comité de convenance pharmacologie Nombre de réunions : 42	Taux de participation : 95 %
Sous-comité de surveillance des antibiotiques Nombre de réunions : 8	Taux de participation : 84 %
Sous-comité de chimiothérapie Nombre de réunions : 9	Taux de participation : 79 %
Sous-comité d'anticoagulothérapie Nombre de réunions : 8	Taux de participation : 69 %
Sous-comité pour la sécurité de l'insuline et des autres traitements en diabète Nombre de réunions : 6	Taux de participation : 70 %
Sous-comité d'évaluation des actes de soins de fin de vie Nombre de réunions : 2	Taux de participation : 93,75 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS

COMITE SUR L'ÉVALUATION DE L'ACTE MEDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (PRO-ACTE)

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

Une deuxième formation en qualité de l'acte a été offerte aux membres du CMDP en février 2022 avec un taux de participation inégalé et une autre formation sur la détermination des niveaux de soins en novembre 2021.

Avec l'aide de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, nous avons publié un avis de mise en candidature pour 2 postes de résidents représentants au comité Pro-Acte. Les responsabilités du poste sont axées sur l'apport distinctif de nos résidents aux divers travaux de qualité de l'acte. Leur présence aux comités stratégiques, dont la table provinciale en qualité de l'acte des centres universitaires, bonifiera les discussions.

Nous avons établi, après une consultation avec les membres du comité Pro-Acte, une culture prévisible d'envois des listes de mortalités. La réception des formulaires standardisés a aussi été uniformisée. Nous terminons notre première année de ce nouveau processus qui devient graduellement un automatisme moins lourd pour tous. La collaboration entre l'archiviste responsable de la qualité de l'acte et les membres du CMDP se développe sans cesse. Cette approche d'accompagnement permet notamment de faciliter l'élaboration d'études par critères explicites par les services cliniques.

Grâce aux apports de nos collaborateurs, certaines initiatives sont mises de l'avant afin de mieux réaliser la mission globale de Pro-Acte, soit l'amélioration continue des soins. Nous avons suivi la recommandation hautement justifiée de tisser des liens avec le comité de gestion des risques et avons eu un accueil très favorable. L'objectif d'une collaboration bidirectionnelle avec ce comité est avant tout de favoriser une intégration des réflexions et actions face à des enjeux de sécurité ou de qualité identifiés.

Un règlement visant à encadrer la qualité de l'acte est actuellement en consultation auprès des chefs de départements et service et sera présenté au C.A. à l'automne 2022. En espérant que ce guide permettra de baliser la culture de la qualité de l'acte, indépendamment des événements et des acteurs en place au cours des prochaines années.

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

- Élaboration d'une étude par critères explicites par service
- Élaboration d'une grille pour encadrer l'utilisation de la télémédecine
- Corrélations clinico-pathologique et clinico-radiologique
- Loi de Vanessa
- L'épargne sanguine- immunoglobulines
- Comité de travail sur les chirurgies cardiaques pédiatriques
- Voici la liste des indicateurs 2021-2022 :

- Taux de réadmission à l'urgence à l'intérieur de 72 heures
- Délai moyen (DM en jours) d'intervention pour les fractures de la hanche
- Évaluation des accès vasculaires chez les patients dialysés
- Délai de prise en charge par le médecin lors d'une demande d'aide médicale à mourir
- Délai de prise en charge des services de réadaptation (physiothérapie-ergothérapie)

COMITE DE CONVENANCE PHARMACOLOGIQUE

Réalisations et enjeux du comité de convenance :

- Changement dans les membres du comité cette année et notamment à la présidence; intégration harmonieuse des nouveaux membres
- Charge de travail considérable : nombre record de demandes, soit un peu plus de 900 demandes en convenance pour l'année 2021-2022 (dont 290 demandes pour le traitement de la COVID-19), comparativement à 580 demandes au total pour l'année précédente (croissance de 55 % au total)
- Impact de la COVID-19 :
- Ajout d'un 2^e pharmacien exclusivement pour traiter les demandes COVID-19 à partir de la semaine du 24 janvier 2022
- Système de garde de fin de semaine instauré à différentes périodes durant les vagues COVID-19, en continu depuis le décembre du mois de décembre 2021
- Création de plusieurs trajectoires, outils, formulaires, OIS-P, en évolution continue
- Restructuration perpétuelle – grandes difficultés actuellement à mettre en place les solutions/mesures pour alléger la charge de travail
- Complexité des demandes, plusieurs nouvelles indications/programme de compassion

COVID-19

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

COMITE COVID-19

Réalisations et enjeux du comité CMDP-COVID-19:

- Ce comité ad hoc initialement, se pérennise tranquillement avec le prolongement de la pandémie
- Ses travaux évoluent aussi avec la progression de la pandémie : impliqué initialement dans la création de trajectoires et de trousse ainsi que dans le choix des thérapies de soutien en période de contraintes d'approvisionnement, il évalue maintenant les thérapies émergentes dirigées contre la COVID-19
- L'augmentation de la littérature scientifique traitant de la COVID-19 rend de plus en plus difficile le travail du comité qui peine à rassembler la documentation et à en faire une analyse détaillée. Aussi, le savoir expérientiel teinte de plus en plus l'usage des médicaments
- Créations de plusieurs outils, formulaires, OIS-P, en évolution au rythme de l'évolution des données.

- Une réévaluation du rôle du comité pourrait être discutée

Résultat des laboratoires- boîte Cristal-Net

Des travaux ont été réalisés avec la Direction des ressources informationnelles afin d'optimiser la boîte Cristal-Net et des améliorations sont déjà perceptibles. Les chefs de service ont identifié des superutilisateurs et de la formation a été offerte à ceux-ci.

COMITE DE DISCIPLINE ET DOSSIERS DE PLAINTES

Une rencontre avec le contentieux de l'hôpital a été faite afin de majorer la fluidité du processus des plaintes et de réduire les délais. De plus, la création d'un guide écrit par le contentieux offre un meilleur accompagnement aux médecins qui sont nommés sur un comité de discipline. Un formulaire permettant de détailler la présence ou non de conflits d'intérêts a été créé pour faciliter le positionnement des membres des comités de discipline quant à leur implication dans ces comités.

Priorités du CMDP pour 2021-2022

- Télémédecine et soins de qualité
- La qualité de l'acte dans le retour des activités ambulatoires et chirurgicales
- Vigie des secteurs critiques : la chirurgie cardiaque pédiatrique, la chirurgie thoracique et la génétique
- Mission structurante pour l'HSS
- Recherche clinique (application du Règlement et développement de la mission)
- Nouveau complexe hospitalier et contexte pandémique
- Qualité de la main-d'œuvre médecine, dentaire et pharmaceutique

Différents dossiers traités en 2021-2022

- Dons d'organe
- Procédure du code bleu dans le centre intégré de cancérologie et le code rose à l'HSFA
- Pertinence et immunoglobuline
- Performance des urgences
- Sédatation-analgésie procédurale
- Reprise des activités
- Centrale de rendez-vous
- Adoption de plusieurs règlements de service et de département
- Préparation de la visite d'inspection du Collège des médecins du Québec (27 avril 2022)

Conclusion

L'année 2021-2022, deuxième année de pandémie, a demandé aux membres du comité exécutif du CMDP de travailler davantage en cogestion afin d'offrir des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques pertinents et performants. Le CMDP a travaillé à développer une culture de qualité des soins tout en étant le réel gardien pour la mission de la recherche et de l'enseignement.

COMITE CONSULTATIF A LA DIRECTION GENERALE

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu 2 rencontres, avec un taux de participation de 96 %.

Suivant une analyse du président-directeur général et du directeur des services professionnels et des affaires médicales, il a été convenu d'intégrer le comité consultatif à la Direction générale à l'intérieur de la Table des chefs pour des facteurs d'efficience, notamment du fait que les médecins identifiés à titre de membre du comité consultatif à la Direction générale sont déjà présents à la Table des chefs de département et service clinique. Ainsi, la nouvelle formule s'identifie au nom de « Table des chefs de département et de service clinique / comité consultatif à la direction générale (CCDG) ». Cette nouvelle entité s'est réunie à 3 reprises, avec un taux de participation de 78 %.

COMITE DES USAGERS

Le mandat du comité des usagers est déterminé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le comité des usagers doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité, de leurs droits et de leurs libertés.

Le comité des usagers est l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des soins, leurs conditions de vie et l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus constituent les assises des actions du comité. De plus, le comité des usagers doit avoir une préoccupation particulière envers les usagers les plus vulnérables.

Les fonctions du comité des usagers

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

Faits saillants

En 2021-2022, le comité a tenu 10 rencontres régulières, une assemblée générale annuelle, une journée de formation sur l'écoute, 12 formations individuelles d'une demi-journée et quelques rencontres de sous-groupes de travail pour des projets spéciaux.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Le comité des usagers a maintenu son service d'assistance, de soutien et d'aide aux usagers via ses services téléphoniques et de courriels, et ce, malgré la pandémie
- La représentation des usagers sur plusieurs comités de travail au sein de l'établissement ou en lien avec la protection et la défense des droits des usagers et la promotion de ceux-ci
- La présentation de 3 conférences grand public en collaboration avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- La révision de son plan d'action 2018-2021 et l'élaboration de son plan d'action 2022-2025
- Le maintien de certaines d'activités de collaboration et de partenariat pour l'amélioration de la qualité et le développement de nouveaux projets pour la promotion du comité et de ses services

COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Le bureau de l'éthique de la recherche (BER) travaille en support au comité d'éthique de la recherche (CER), à la personne formellement mandatée (PFM) de l'établissement ainsi qu'en étroite collaboration avec le comité de convenance (CC) pour offrir des services :

- De coordination pour l'évaluation des projets de recherche
- D'accompagnement aux chercheurs
- De tenue des dossiers
- D'autorisation de réaliser la recherche
- D'élaboration et d'interprétation des politiques, procédures et instructions et la production de rapports
- De formation aux chercheurs, aux membres du CER, aux membres du CC, et aux départements impliqués dans la convenance

Tout projet de recherche nécessitant une approbation éthique doit faire l'objet d'une triple évaluation (éthique, scientifique et convenance) menant à l'autorisation de réaliser la recherche au CHU par la personne formellement mandatée (PFM) qui permettra au chercheur de débiter son projet de recherche.

La plateforme Web Nagano est utilisée pour la gestion éthique et de convenance des projets de recherche et des demandes d'avis¹ adressées au CER (<https://nagano.chuq.qc.ca>).

Faits saillants

¹ Les demandes d'avis représentent les demandes traitées par le CER lorsqu'un chercheur a un doute sur la nécessité d'une approbation par le CER de son activité.

BILAN DU BER CONCERNANT LES ACTIVITÉS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CER)

Réunions plénières ordinaires du CER	36
Réunions plénières extraordinaires du CER ²	4
Durée moyenne des réunions plénières du CER	2,50
Nombre de conflits d'intérêts déclarés par les membres du CER	44
Nombre de nouveaux projets évalués par le CER	214

Évaluations des nouveaux projets de recherche du CER

Nombre de projets monocentriques	166
Nombre de projets multicentriques (CERE) ³	48
TOTAL	214

Caractéristiques particulières des nouveaux projets évalués par le CER

Nombre de projets soumis à l'article 21 du Code civil du Québec (mineurs et majeurs inaptes)	18
Nombre de projets étudiés en comité délégué (comité restreint)	129
Nombre de projets acceptés sans condition (tel quel)	22
Nombre de projets acceptés conditionnellement	192

Suivis éthiques continus par le CER

Nombre de suivis continus traités par le CER	3108
Nombre de suivis aux recommandations traités par le CER	307
Nombre de demandes pour agir comme CER évaluateur	40
TOTAL	3455

² Les réunions plénières extraordinaires ont été tenues à la suite de l'évaluation de projet de recherche COVID-19 dont la priorité était de niveau 1 (délai 5 jours) ou soit pour des projets à nature compassionnelle.

³ Comité d'éthique de la recherche évaluateur (CERE) : un CER qui, après avoir examiné s'il répond aux exigences requises, accepte d'examiner un projet de recherche qui sera mené dans plus d'un établissement public du RSSS doté d'un conseil d'administration. Le CER doit avoir été constitué par le conseil d'administration d'un ou de plusieurs établissements publics du RSSS ou être le Comité central d'éthique de la recherche (CCER) institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Demandes d'avis traitées par le CER

Nombre de projets de recherche exemptés d'une évaluation éthique	43
Nombre de demandes considérées comme des projets de recherche	24
Nombre de demandes d'informations	3
TOTAL	70

BILAN DU BER CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE CONVENANCE (CC)

Les faits saillants du CC

En plus de la convenance effectuée sur chaque projet où notre CER est l'évaluateur (214), le BER a évalué les nouveaux projets multicentriques mise en œuvre (MEO) ⁴ :

Nombre de nouveaux projets multicentrique MEO (éthique externe)	84
--	-----------

- 10 réunions du CC ont eu lieu auxquelles 2 APPR du BER participent régulièrement
- Rencontres avec les personnes responsables de la convenance des départements du CHU pour améliorer/ faciliter leur travail et recueillir leurs commentaires
- Suivi du plan d'action du CC
- Participation à des sous-comités du CC pour la réalisation de tâches/projets : (sollicitation raisonnable des personnes visées par la recherche, 3ième voie, ententes internes, Jurisconcept)
- Intégration de SCIENTA aux formulaires de dépôt et rencontre du BER avec l'équipe du centre de valorisation et d'exploitation de la donnée du CHU (SCIENTA) pour transfert de connaissances de cette nouvelle plateforme
- Suivi des projets hors délai (+ grand que 90 jours)

BILAN DU BER CONCERNANT LES ACTIVITÉS RELIÉES À LA PFM

Nouveaux projets de recherche ayant obtenu l'autorisation de réaliser la recherche au CHU

Projets monocentriques	158
Projets multicentriques comité d'éthique de la recherche évaluateur (CERE)	45
Projets multicentriques mise en œuvre (MEO)	94
TOTAL	297

⁴ Projet de recherche dont le CERE est externe au CHU.

Le bureau de la PFM a traité 1 308 suivis continus provenant des CER évaluateurs externes par l'intermédiaire de Nagano.

BILAN DU BER – AUTRES STATISTIQUES

Nombre de projets de recherche actifs au CHU

Projets monocentriques	949
Projets multicentriques comité d'éthique de la recherche évaluateur (CERE)	319
Projets multicentriques mise en œuvre (MEO)	427
TOTAL	1695

Nombre de projets actifs par axes de recherche

Santé des populations et pratiques optimales en santé	250
Endocrinologie et néphrologie	116
Maladies infectieuses et immunitaires	189
Médecine régénératrice	73
Neurosciences	158
Oncologie	501
Reproduction, santé de la mère et de l'enfant	254
Autre / Chercheurs non affiliés au CHU de Québec	154
TOTAL	1695

Nombre de demandes en lien avec les projets de recherche traitées par courriel par le BER (éthique (CER), convenance (CC) et personne formellement mandatée (PFM))

	ethiquedelarecherche@	gurecherche@	personnemandatee@	TOTAL
1er au 30 avril 2021	650	608	166	1424
1er au 31 mai 2021	774	573	195	1542
1er au 30 juin 2021	780	547	197	1524
1er au 31 juillet 2021	652	667	145	1464
1er au 31 août 2021	551	446	115	1112
1er au 30 sept. 2021	662	405	141	1208
1er au 31 oct. 2021	567	467	115	1149
1er au 30 nov. 2021	620	492	118	1230
1er au 31 déc. 2021	687	414	83	1184
1er au 30 janv. 2022	619	438	124	1181
1er au 28 févr. 2022	653	491	148	1292
1er au 31 mars 2022	691	727	136	1554

	ethiquedelarecherche@	gurecherche@	personnemandatee@	TOTAL
TOTAL	7906	6275	1683	15864

Les principales réalisations de l'année 2021-2022

- À la suite de l'adoption du décret d'urgence sanitaire adopté par le gouvernement lié à la pandémie, et conformément à l'Annexe 3 de son Règlement de régie interne et de fonctionnement, le comité a adopté et mis en œuvre un plan de continuité des services du CER en contexte d'urgence et créé un comité ad hoc à cet effet. Le comité a établi un ordre de priorité pour l'évaluation des projets, notamment ceux liés à la COVID-19, et a ajouté des réunions extraordinaires au besoin.
- Partenaire dans l'initiative Catalis (ex. Mémoire sur PL-19 déposé au MSSS, projets « FAST TRACK », formulaires harmonisés pour les dépôts de nouveaux projets, utilisation secondaire des données)
- Partenaire dans la révision du formulaire d'information et de consentement (FIC) du COG
- Partenaire de la Table des CERs-CHU du Québec-Université Laval
- Partenaire dans l'initiative d'un Consentement général à la recherche au CHU
- Participation aux Ateliers de Consultation TNR sur des modes opératoires normalisés (MONs) harmonisés pour le Québec
- Recrutement de nouveaux membres du CER, expertises diverses (dont notamment en sécurité des données et CMDP)
- Participation à la révision des modes opératoires normalisés (MONs) du CRCHU de Québec-Université Laval
- Conférencier invité Congrès de l'Association québécoise des infirmières et intervenants en recherche clinique (AQIIRC) (Présidente du CER)
- Présence à plusieurs activités de formation en lien avec l'éthique de la recherche (ex. Webinars de l'Unité de soutien aux services apprenants (SSA/Québec), du CHUM (Fondation Armand-Bombardier), de l'institut Intelligence et données de l'Université Laval)
- Rehaussement des responsabilités de certains membres (VP, délégation spéciale)
- Arrivée d'un nouveau APPR (convenance) au sein du BER
- Mise en place d'une procédure plus stricte sur la gestion des renouvellements éthiques annuels des projets de recherche (suspension/fermeture)
- Formation aux résidents en pharmacie liée au dépôt d'un projet de recherche
- Mise en place du module Nagano Multi Phase B

COMITE D'ETHIQUE CLINIQUE

Selon le Règlement sur le fonctionnement du comité d'éthique clinique du CHU de Québec révisé le 3 mai 2021, le comité d'éthique clinique a pour mandat de veiller au développement d'une approche intégrée de l'éthique clinique et à en promouvoir la culture au sein du CHU; de proposer des orientations, pistes de réflexion et recommandations à la direction générale et au C.A. en matière d'éthique clinique; de fournir un espace ouvert de discussion, de réflexion et de formation pour tous les intervenants du CHU; de participer au développement de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation en éthique clinique en partenariat avec les instances pertinentes; de contribuer à la révision des politiques, procédures et règlements clés en lien avec l'éthique clinique; d'évaluer annuellement la qualité de ses réalisations, l'appréciation de ses conseils et son efficacité; de collaborer au processus d'Agrément du CHU ainsi qu'à tout processus de normalisation pour lequel sa participation serait requise.

Faits saillants

Au cours de la dernière année, le comité d'éthique clinique a tenu 10 rencontres. Au cours de la dernière année, le nombre de membres a varié entre 9 et 13. Le taux global de participation des membres aux réunions du comité s'établit à 82 %. Des observateurs dont le nombre variait d'un à 4 étaient habituellement présents aux rencontres.

Pendant l'année 2021-2022, 46 consultations ont été sollicitées en comparaison des 63 consultations pour l'année précédente. La façon de traiter ces demandes a évolué en cours d'année avec un rôle grandissant des conseillers en éthique. Les conseillers ont reçu les demandes et ont présenté les cas pertinents lors des rencontres du comité d'éthique clinique (CEC) afin de favoriser les réflexions et les échanges.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Poursuite de l'implication de plusieurs membres du comité d'éthique clinique dans les comités liés à la priorisation pour l'accès aux soins intensifs en raison de la pandémie et participation à diverses activités de formation sur le même sujet.
- Approbation le 3 mai 2021 par le C.A. du Règlement gouvernant le comité d'éthique clinique révisé
- Accueil en juin 2021 d'un nouveau conseiller en éthique, M. Hugues Vaillancourt
- Mise sur pied d'un groupe de travail et planification d'un cycle de 4 conférences sur la futilité aux soins intensifs qui seront offertes en avril et mai 2022
- Développement de collaborations en éthique avec diverses instances de l'Université Laval, notamment avec l'axe Éthique et santé de l'Institut d'éthique appliquée (IDÉA)
- Rédaction d'un document d'accompagnement proposé aux personnes venant présenter un cas lors des réunions du comité. Ce document vise à informer sur le rôle du comité, à préparer la présentation, et à former, par le fait même, la personne qui vient présenter
- Rédaction d'un document sur le recrutement et l'accompagnement de participants non membres aux rencontres du comité d'éthique clinique
- Accueil de nouveaux participants non membres aux réunions du comité d'éthique clinique (3 à l'automne 2021 auxquels se sont ajoutés 2 résidents de gériatrie au printemps 2022)
- Sensibilisation à la question autochtone et mises à jour régulière des initiatives prises au CHU avec les responsables de notre institution (M^{me} Michèle Ricard, personne répondante pour les affaires autochtones au CHU, et M^{me} Marie Ève Picard).

Annexe II - 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.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

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

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

Tout membre du conseil d'administration est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables, incluant les obligations déontologiques qui le 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*.
- 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.

- **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.

- **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.

- **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 principes⁵.

- **Renseignements confidentiels**

⁵ REID, Hubert, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, Édition 2016, consulté le 14 septembre 2021 sur le site Web : <https://dictionnaireid.caii.qc.ca/recherche#t=edictionnaire&sort=relevancy>

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.

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 :

- 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 proscrit.

Ainsi, le membre de conseil d'administration doit :

8.1. Probité, indépendance, objectivité, disponibilité et compétence

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

8.2. Intégrité

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

8.3. Respect

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

8.4.Loyauté

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

8.5.Impartialité

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

8.6.Transparence

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

8.7.Discrétion et confidentialité

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

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

- Adopter des comportements cybersécuritaires.

8.8.Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.9.Relations publiques

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

8.10. Charge publique

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

8.11. Biens et services de l'établissement

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

8.12. Rémunération, avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.13. Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS, COLLUSION ET CORRUPTION

- 9.** Il relève de la responsabilité de chacun des administrateurs de prendre les précautions nécessaires pour éviter en tout temps de se placer dans une situation de conflit entre ses intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de son mandat. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser son propre intérêt ou celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation pouvant soulever un doute sur sa capacité à s'acquitter de ses devoirs avec impartialité.
- 10.** Le membre doit éviter de se placer dans une situation pouvant se qualifier de collusion ou de corruption au sens du présent Code d'éthique et de déontologie. De la même manière, il doit prévenir toute apparence de collusion ou de corruption et signaler toute situation qui pourrait se qualifier de collusion et de corruption.
- 11.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les autres membres du conseil dans l'objectif de mettre de l'avant ses intérêts personnels ou professionnels.

12. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

13. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* (cf. Annexes 1 et 2). De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

En début de mandat ainsi qu'en cours de mandat, le cas échéant, le membre doit également déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration tout intérêt autre que pécuniaire qui pourrait avoir un impact sur l'exercice de ses fonctions ou l'influencer dans l'exercice de ses fonctions.

14. À tout moment en cours de mandat, le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* (cf. Annexe 3).

15. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

16. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation, ou sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

17. Toute déclaration d'intérêts ou de conflit d'intérêts doit être signifiée au président du conseil d'administration et au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et application du présent code. Une déclaration de conflit d'intérêts pour un dossier spécifique peut se faire séance tenante et est consignée au procès-verbal de la réunion.

Section 4 – APPLICATION

18. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances, et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* (cf. Annexe 4).

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

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

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.

20. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

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

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

21. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

21.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant, laquelle serait déterminée en fonction de la nature et de la gravité du manquement.

21.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent code en transmettant le formulaire *Signalement d'un comportement dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie, d'une situation de conflit d'intérêts ou d'une situation de collusion ou de corruption* (cf. Annexe 5) rempli par cette personne.

21.3. Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du présent Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés. Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc. À défaut, le comité rend sa décision à partir des faits qui lui ont été présentés.

21.4. Le membre est informé que l'enquête tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, le membre ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* (cf. Annexe 6).

21.5. Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice naturelle, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

21.6. Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné un temps raisonnable pour connaître la nature du reproche, prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, préparer et faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, il ne peut pas participer aux délibérations du comité d'examen ad hoc ni à la décision du conseil d'administration.

- 21.7.** Conformément aux dispositions de l'article 3.0.5 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 21.8.** Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés, incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 21.9.** Le comité de gouvernance et d'éthique prend acte du rapport du comité d'examen ad hoc et, le cas échéant, recommande au conseil d'administration la mesure à imposer au membre concerné.
- 21.10.** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 21.11.** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre une prise de décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 21.12.** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'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.
- 21.13.** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

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

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.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, la situation devra être présentée au conseil d'administration.
- Préserver la confidentialité des informations auxquelles il a eu accès pendant son mandat en les détruisant de manière sécuritaire.



Les installations du CHU de Québec-Université Laval

SIÈGE SOCIAL :

L'Hôtel-Dieu de Québec

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

CHUL

2705, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 4G2

Hôpital Saint-François d'Assise

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

Hôpital de l'Enfant-Jésus

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

Hôpital du Saint-Sacrement

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

Centre administratif

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

Plateforme clinico-logistique

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

Rédaction, coordination et production : Direction adjointe des communications

Merci!

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec 2022

Bibliothèque nationale du Canada 2022

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.