



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2011-2012

CHU Sainte-Justine

TABLE DES MATIÈRES

1.	MESSAGE DES AUTORITÉS	4
2.	DÉCLARATIONS	5
2.1.	DÉCLARATION DE FIABILITÉ	5
2.2.	RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS	6
3.	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
3.1.	LA MISSION	7
3.2.	STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	8
3.3.	FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE	9
3.4.	PRÉSENTATION DE LA POPULATION.....	9
3.4.1.	<i>Principales caractéristiques de la population.....</i>	<i>9</i>
3.4.2.	<i>Principales données de santé.....</i>	<i>9</i>
4.	ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	9
4.1.	DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS	10
4.2.	MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE FINANCIER	10
4.3.	RÉSULTATS OBTENUS.....	10
4.3.1.	<i>Objectifs liés aux orientations stratégiques et aux priorités d'action</i>	<i>10</i>
4.3.2.	<i>Objectifs liés à l'entente de gestion et d'imputabilité</i>	<i>13</i>
4.3.3.	<i>Cibles de services et équilibre budgétaire selon l'agence : indicateurs, cibles, résultats obtenus, commentaires et comparaison avec les années antérieures.....</i>	<i>13</i>
4.3.4.	<i>Mesures mises en place et atteinte des résultats au regard de la Loi sur le retour à l'équilibre budgétaire et à la réduction de la dette</i>	<i>13</i>
4.3.5.	<i>Suites apportées aux recommandations du dernier rapport d'agrément</i>	<i>14</i>
4.3.6.	<i>Sécurité des soins et services.....</i>	<i>14</i>
4.3.7.	<i>Examen des plaintes et promotion des droits</i>	<i>15</i>
5.	CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS	15
5.1.	LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION – 2012/2016.....	15
5.2.	LISTE DES CONSEILS DE L'ÉTABLISSEMENT	16
5.2.1.	<i>Conseil des infirmières et infirmiers.....</i>	<i>16</i>
5.2.2.	<i>Conseil multidisciplinaire</i>	<i>18</i>
5.2.3.	<i>Conseil des sages-femmes.....</i>	<i>20</i>
5.2.4.	<i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens – Comité exécutif.....</i>	<i>20</i>
5.2.5.	<i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens – Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique</i>	<i>20</i>
5.2.6.	<i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens – Comité de pharmacologie.....</i>	<i>21</i>
5.3.	LISTE DES COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	22
5.3.1.	<i>Comité de gouvernance et d'éthique.....</i>	<i>22</i>
5.3.2.	<i>Comité de vérification.....</i>	<i>22</i>
5.3.3.	<i>Comité des usagers/résidents.....</i>	<i>22</i>
5.3.4.	<i>Comité de révision</i>	<i>24</i>
5.4.	COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	24
5.4.1.	<i>Suites apportées aux principales recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité retenues par le Conseil d'administration</i>	<i>24</i>
5.4.2.	<i>Conclusions d'ES AUTRES rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus.....</i>	<i>25</i>

5.4.3. Suites ou améliorations apportées ou envisagées par le Conseil d'administration à l'égard avec ces conclusions	25
5.5. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	25
5.5.1. Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance (art. 183.2).....	25
5.5.2. Recommandations et suivis effectués en lien avec les priorités de l'établissement.....	31
6. RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	34
7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	35
7.1. ÉTAT DES RÉSULTATS DU FOND D'EXPLOITATION	35
7.2. ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	36
7.3. ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE.....	37
7.4. ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS	38
7.5. SOMME OU AVANTAGE REÇU D'UNE FONDATION OU D'UNE CORPORATION	39
7.5.1. Fondation CHU Sainte-Justine.....	39
7.5.2. Fondation Mélio	39
7.6. NOTES PERTINENTES POUR LA COMPRÉHENSION DE LA SITUATION FINANCIÈRE.....	39
7.7. DONNÉES COMPARATIVES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT ET EXPLICATION DES ÉCARTS SIGNIFICATIFS	40
7.8. RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS.....	40
8. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	41
8.1. TEXTE INTÉGRAL DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	41
8.2. NOMBRE DE CAS TRAITÉS ET SUIVI	41
8.3. MANQUEMENTS CONSTATÉS AU COURS DE L'ANNÉE, DÉCISIONS ET SANCTIONS IMPOSÉES	41
8.4. NOM DES PERSONNES RÉVOQUÉES OU SUSPENDUES AU COURS DE L'ANNÉE	41
ANNEXE I	42

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

LETTRE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Montréal, le 29 novembre 2012

Agence de la santé et des Services sociaux de Montréal

Monsieur Yannick Martin

Agent de planification, programmation et recherche

Services du développement d'approches qualité et affaires juridiques

3725, rue St-Denis

Montréal (Québec) H2X 3L9

Objet : Rapport annuel de gestion 2011-2012 du CHU Sainte-Justine

Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion 2011-2012 du CHU Sainte-Justine. Ce rapport a été déposé au Comité administratif du CHU Sainte-Justine le 29 novembre.

Grâce à une équipe engagée ainsi qu'à une collaboration grandissante avec les partenaires du réseau, le CHU Sainte-Justine assure l'accès aux services pédiatriques spécialisés et aux mères d'une grande qualité et ce, avec un souci d'excellence constant.

C'est donc avec beaucoup de fierté que nous vous déposons ce rapport annuel de gestion.

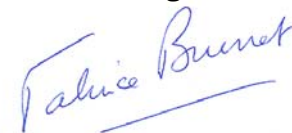
Veuillez recevoir l'assurance de nos salutations distinguées.

La présidente
du conseil d'administration



Geneviève Fortier

Le directeur général



Fabrice Brunet

2. DÉCLARATIONS

2.1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

LETTRE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ÉTABLISSEMENT

Montréal, le 29 novembre 2012

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion du CHU Sainte-Justine

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2011-2012 du CHU Sainte-Justine :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Le directeur général,



Fabrice Brunet

LETTRE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU DIRECTEUR FINANCIER DE L'ÉTABLISSEMENT

Montréal, le 29 novembre 2012

Rapport de la direction sur les états financiers du CHU Sainte-Justine

Les états financiers du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur 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. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme Samson Bélair/Deloitte & Touche dûment mandatée pour se 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. La firme Samson Bélair/Deloitte & Touche peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Directeur général
Fabrice Brunet



Directeur des ressources financières
Antonio Bucci

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1. LA MISSION

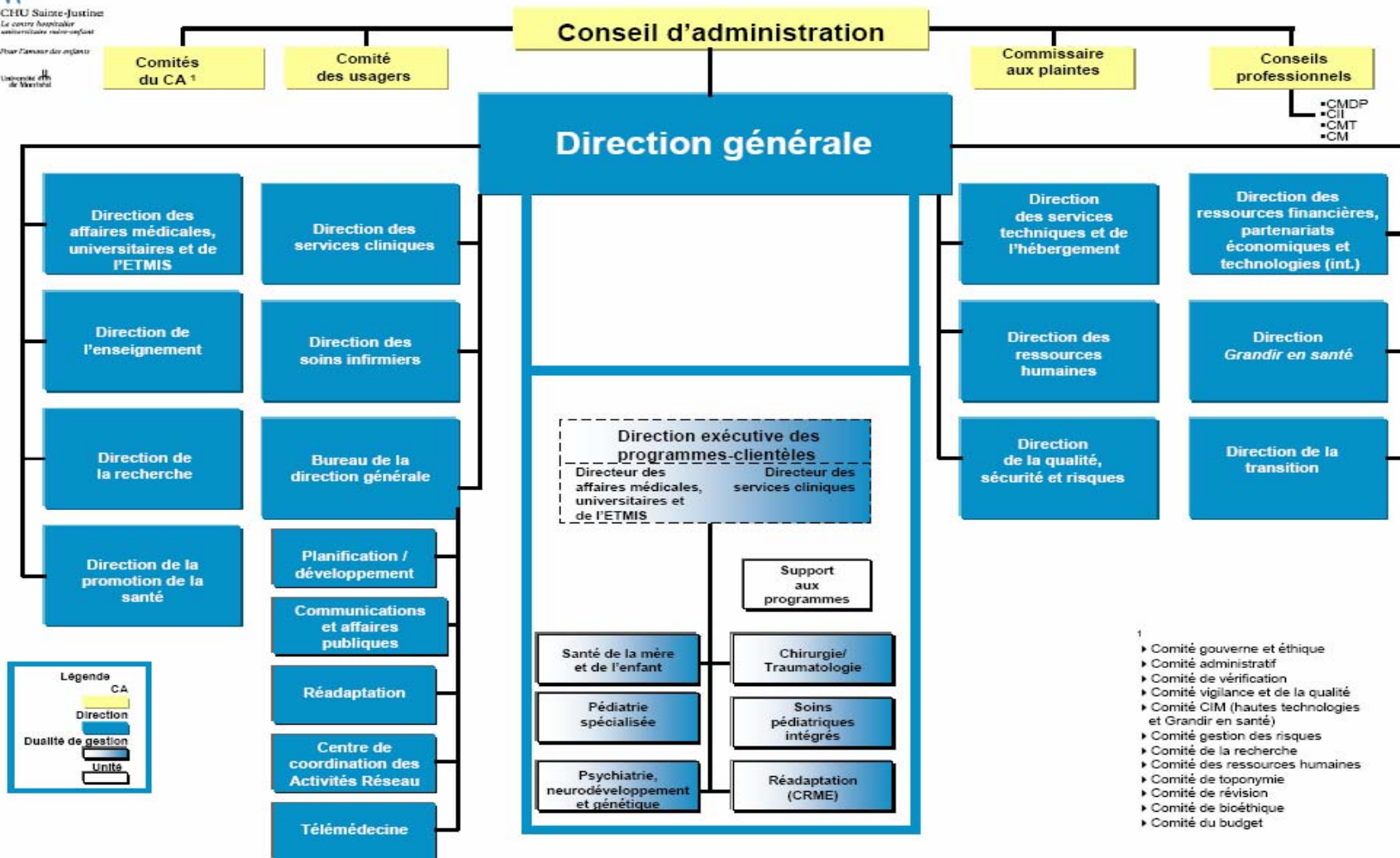
Notre mission est d'améliorer la santé – considérée comme un équilibre physique, psychique, social et moral – des enfants, des adolescents et des mères du Québec en collaboration avec nos partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche. Le CHU Sainte-Justine entend assumer pleinement chacun des six mandats découlant de sa mission universitaire :

- Soins spécialisés et ultraspecialisés;
- Recherche fondamentale et clinique en santé de la mère et de l'enfant;
- Enseignement auprès des futurs professionnels de la santé et des intervenants du réseau;
- Promotion de la santé;
- Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- Réadaptation, adaptation et intégration sociale pour les enfants et les adolescents présentant une déficience motrice ou de langage.

Cette mission se réalise dans le cadre défini des projets cliniques, académiques et de recherches à valider annuellement par le MSSS et dans le contexte de la croissance attendue avec le projet Grandir en santé.

3.2. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

ORGANIGRAMME DU CHU SAINTE-JUSTINE



Février 2012/sb

3.3. FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

Malgré le contexte de transformation dans lequel se trouve le CHU Sainte-Justine, de nombreux efforts en termes de développement et d'innovation ont été déployés au cours de la dernière année. Le rapport annuel public ci-joint fait état de ces efforts.

3.4. PRÉSENTATION DE LA POPULATION

3.4.1. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Le taux de mortalité infantile a baissé de façon considérable au Québec (4,9 pour mille naissances)ⁱ, en raison, notamment, de l'évolution du dépistage prénatal et des technologies de soins.

La répartition de la fécondité par grands groupes d'âge montre deux changements importants en 2011. Les femmes de 35-39 ans affichent pour la première fois une fécondité supérieure à celle des 20-24 ans; il en est de même des femmes de 40-44 ans, qui sont plus fécondes que celles de 15-19 ans. Avoir un bébé à plus de 40 ans est plus fréquent en 2011 que ce ne l'était dans les années 1980.ⁱⁱ

Ainsi, comme c'est le cas dans plusieurs sociétés développées, les naissances de jumeaux ont connu une augmentation importante au Québec au cours des 30 dernières années. Alors qu'en 1980, on comptait 1 jumeau pour 54 naissances, ce rapport grimpe à 1 jumeau pour 33 naissances en 2010. L'augmentation de l'âge à la maternité, conjuguée au recours plus fréquent à certaines techniques de procréation assistée, explique en grande partie cette croissanceⁱⁱⁱ. Par le fait même, un taux plus élevé de survie des bébés prématurés et de petit poids se traduit par une demande de soins plus importante dans les secteurs de la néonatalogie et de la réadaptation.

3.4.2. PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ

Il y a eu 88 500^{iv} naissances au Québec en 2011, une légère hausse par rapport à 2010 (88 300^v). Le nombre de naissances s'est stabilisé, après avoir connu une progression importante entre l'année 2000 (72 010) et l'année 2009 (88 891), plus particulièrement entre 2005 et 2008^{vi}. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 1,69 enfant par femme en 2011. Malgré ce léger repli par rapport à 2010 (1,70), la fécondité demeure à un niveau supérieur à ce qui a été enregistré au Québec de 1980 à 2007.^{vii}

Selon les tendances observées par l'Institut de la statistique du Québec (scénario de référence^{viii}) le nombre des naissances devrait se maintenir entre 80 000 et 87 600 jusqu'en 2056.

L'accroissement naturel devrait rester positif jusqu'en 2029, puis le nombre de décès devrait surpasser le nombre de naissances, du fait de la hausse prévisible des décès annuels de baby-boomers.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ⁱ ISQ, Démographie, Le bilan démographique du Québec, page 56, Édition 2011

ⁱⁱ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC Coup d'œil sociodémographique Avril 2012 | Numéro 16 Les naissances au Québec en 2011 : situation stable par Chantal Girard, page 2

ⁱⁱⁱ ISQ, sociodémographiques **en bref, Les naissances de jumeaux au Québec, 1980-2010**, Juin 2012, Volume 16, numéro 3

^{iv} Donnée provisoire, INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

^v Donnée révisée

^{vi} INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC Coup d'œil sociodémographique Avril 2012 | Numéro 16 Les naissances au Québec en 2011 : situation stable par Chantal Girard, page 1

^{vii} Idem

^{viii} Institut de la statistique du Québec, «Perspectives démographiques du Québec et des régions – Faits saillants p.15», édition 2009;^{viii} Idem p 34

4.1. DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Au CHU Sainte-Justine, les soins tertiaires et quaternaires en pédiatrie et en obstétrique regroupent toutes les spécialités de la **chirurgie pédiatrique**, incluant la chirurgie cardiaque, vasculaire et la neurochirurgie; toutes les **spécialités pédiatriques**, la transplantation d'organes, l'oncologie, l'hématologie et la pédopsychiatrie.

Le CHU Sainte-Justine est un centre de traumatologie pédiatrique de niveau 1, qui reçoit des enfants dans un état grave provenant de tout le Québec. C'est également un centre de référence pour la détection de la surdité, la prise en charge de la **douleur chronique** et des troubles de développement de l'enfant.

Le CHU Sainte-Justine a une expertise unique dans la génétique, la biologie moléculaire et la pharmacologie clinique permettant une **médecine personnalisée** pour les mères et les enfants.

Fort de ses infrastructures des plus modernes, le CHU Sainte-Justine peut maintenant déployer sa mission de soins, d'enseignement, de recherche et de promotion de la santé, par le biais de ses six pôles d'excellence. Ces pôles ont été retenus pour l'expertise remarquable dont ils jouissent, que ce soit par la haute qualité des soins spécialisés dispensés, par la vivacité et la renommée des équipes de recherche et par l'enseignement de haut niveau qui est offert.

Pôles d'excellence :

- Grossesses à risque et périnatalité ;
- Maladies du cerveau et neurodéveloppement ;
- Maladies musculosquelettiques et réadaptation ;
- Prévention des maladies cardiovasculaires et soins aigus critiques ;
- Cancer et maladies immunologiques.

4.2. MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE FINANCIER

Les modifications apportées au cours de l'exercice concernent surtout des réorganisations dans différents programmes et services afin d'assurer des soins performants, efficaces et de qualité. Nous vous référons au rapport annuel public 2011-2012 ci-joint pour la description de ces projets.

4.3. RÉSULTATS OBTENUS

4.3.1. OBJECTIFS LIÉS AUX ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET AUX PRIORITÉS D'ACTION

Le plan stratégique 2011-2015 précise les orientations et les priorités du CHU Sainte-Justine d'ici 2015, dans le cadre de ses missions de soins, d'enseignement, de recherche, de promotion de la santé, de réadaptation et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

L'objectif de cette planification est de faire du CHU Sainte-Justine un centre de gestion de la connaissance, assurant aux mères et aux enfants du Québec une santé globale reposant sur un équilibre physique, psychique, moral et social.

Cet exercice de planification stratégique a été réalisé grâce à une mobilisation importante des équipes à tous les niveaux. Il repose sur un bilan approfondi des réalisations du plan stratégique 2007-2010 et sur

une analyse de l'environnement du CHU Sainte-Justine dans ses dimensions politiques, démographiques, économiques, sociales et scientifiques.

La planification stratégique 2011-2015 du CHU Sainte-Justine est alors composée de quatre orientations d'où découlent différentes priorités d'action.

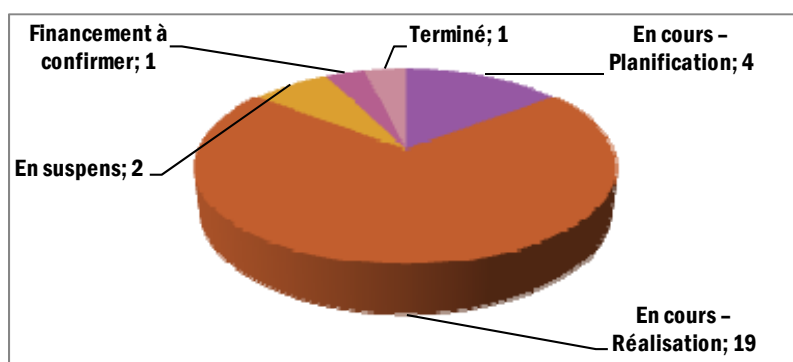
Nous vous présentons les priorités d'action ainsi que l'état d'avancement général des projets prioritaires qui permettent de réaliser chacune des orientations stratégiques.

Veillez noter que les réalisations décrites dans le rapport annuel public ci-joint sont regroupées en fonction des orientations stratégiques.

1. L'intégration des soins de l'enseignement et de la recherche centrée sur le patient et sa famille

- Positionner les programmes-clientèles comme moteur d'arrimage entre les différentes missions et les besoins de la clientèle.
- Consolider les services et innover dans la dispensation des soins spécialisés et surspécialisés appropriés pour répondre aux besoins.
- Maximiser l'impact des activités de recherche de calibre international afin d'accélérer le transfert des connaissances jusqu'au chevet du patient et de contribuer au développement d'une médecine personnalisée.
- Développer la mission de promotion de la santé et l'approche préventive en lien avec les autres missions du CHU Sainte-Justine.
- Exploiter l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé comme un processus intégré à nos prises de décision.
- Assurer le transfert des connaissances dans l'ensemble des disciplines et dans un contexte interprofessionnel.

État d'avancement des 27 projets prioritaires de l'orientation 1 :

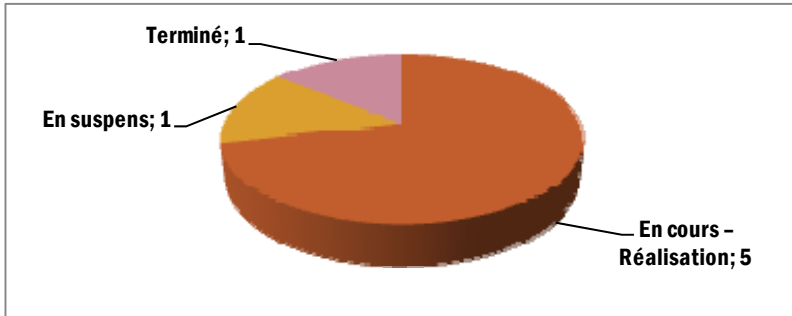


2. La contribution stratégique du CHU Sainte-Justine dans les différents réseaux

- Planifier, coordonner et maximiser les synergies du travail en réseau dans toutes les missions.
- Renforcer le rayonnement du CHU Sainte-Justine par les pôles d'excellence.
- Assumer un leadership national en recherche clinique.
- Développer des partenariats stratégiques qui incluent la valorisation de la recherche et le partenariat d'affaires.
- Maintenir l'arrimage des initiatives de collaboration avec la Fondation du CHU Sainte-Justine et nos partenaires philanthropiques afin d'en optimiser l'impact auprès de la communauté.

- Positionner la mission internationale selon les trois angles d'intervention : humanitaire, institutionnel et commercial.

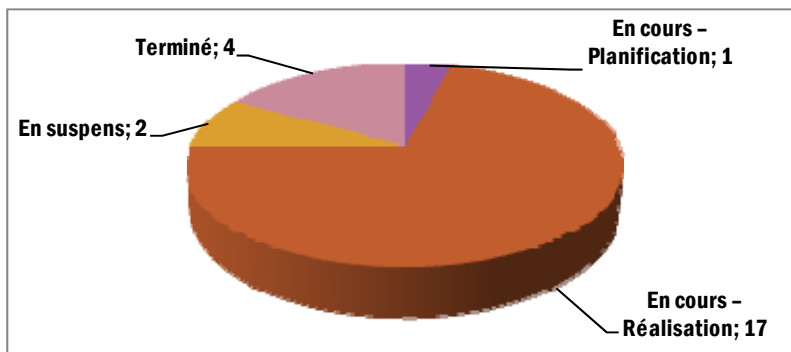
État d'avancement des 7 projets prioritaires de l'orientation 2 :



3. La mobilisation des personnes

- Développer un milieu de travail stimulant, valorisant et adapté aux nouveaux besoins.
- Créer des conditions favorables à la rétention et à la fidélisation du personnel.
- Optimiser le savoir-faire des ressources humaines pour une organisation du travail qui vise des gains de performance et d'efficacité.
- Mettre en œuvre des moyens pour une pratique professionnelle valorisante et favorable aux pratiques collaboratives.
- Innover par la création de profils de carrière et d'expertises multidisciplinaires.
- Mesurer de façon continue l'impact sur le bien-être, la pratique professionnelle, la rétention et le recrutement.

État d'avancement des 24 projets prioritaires de l'orientation 3 :

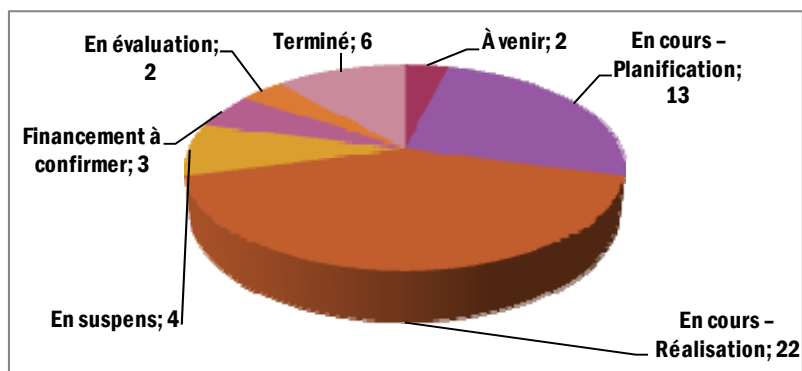


4. La modernisation des lieux et des technologies

- Poursuivre la réalisation du projet *Grandir en santé* en intégrant les démarches de revues des processus dans une approche participative.
- Moderniser les espaces afin de les rendre fonctionnels, à la fine pointe de la pratique et sécuritaires, dans le but de répondre aux besoins de la clientèle et d'intégrer les missions.
- Accroître la composante organisationnelle de développement durable.
- Adopter des technologies dans le but d'améliorer l'efficacité des soins et des services tout en s'assurant d'un environnement technologique stable et sécuritaire.
- Développer, évaluer et faire place aux technologies innovantes.

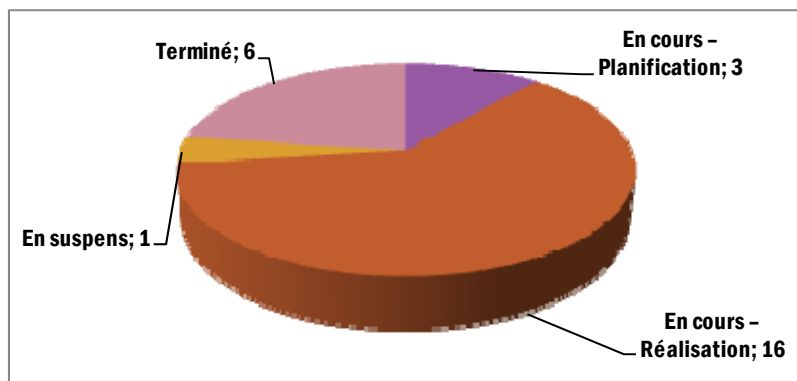
- Disposer de l'information pertinente pour améliorer la prise de décision clinique et administrative et pour favoriser la gestion des connaissances.

État d'avancement des 52 projets prioritaires de l'orientation 4 :



5. Culture organisationnelle

État d'avancement des 26 projets prioritaires de la culture organisationnelle :



4.3.2. OBJECTIFS LIÉS À L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 a été signée en fin d'année 2011-2012 (29 mars 2012).

4.3.3. CIBLES DE SERVICES ET ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE SELON L'AGENCE : INDICATEURS, CIBLES, RÉSULTATS OBTENUS, COMMENTAIRES ET COMPARAISON AVEC LES ANNÉES ANTÉRIEURES

Voir commentaire précédent.

4.3.4. MESURES MISES EN PLACE ET ATTEINTE DES RÉSULTATS AU REGARD DE LA LOI SUR LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE ET À LA RÉDUCTION DE LA DETTE

➤ **Objectif à atteindre**

Dans le cadre du plan de réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative et des mesures d'optimisation, la cible récurrente cumulative de réduction pour le CHU Sainte-Justine était de 3 824 292 \$ pour l'année 2011-2012.

➤ **Réalisation**

- Les dépenses de formation, frais de déplacement et publicité ont été réduites d'environ 158 000 \$ en 2011-2012. Cette diminution représente un pourcentage de 20,7 % par rapport au total de ces dépenses de 763 000 \$ en 2009-2010.
- Le solde de la cible à atteindre, soit environ 3.6 M\$, a été intégrée au budget d'opération et a été réalisée puisque l'établissement a atteint l'équilibre budgétaire pour l'exercice 2011-2012.

4.3.5. SUITES APPORTÉES AUX RECOMMANDATIONS DU DERNIER RAPPORT D'AGRÉMENT

La visite d'Agrément Canada en décembre 2011 nous a permis d'apporter des preuves démontrant que notre organisme a pris les mesures nécessaires pour se conformer aux critères suivants :

- Normes d'imagerie diagnostique (14.5)
- Normes relatives aux salles d'opération (6.8)
- Services d'obstétrique et périnatalité (16.2)
- Services de chirurgie (15.2)
- Services de médecine (15.2)
- Services de réadaptation (15.2)
- Services de santé mentale (15.3)
- Laboratoires et banques de sang (23.2)
- Normes d'imagerie diagnostique (5.1, 7.8)

A la suite de cette réévaluation, Agrément Canada a décidé d'agréer le CHU Sainte-Justine avec mention d'honneur, sans suivi de recommandation.

4.3.6. SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

Actions réalisées pour promouvoir la déclaration des incidents/accidents

Nous avons obtenu une augmentation de 13% des déclarations au cours de l'année 2011-2012. Nous avons poursuivi la décentralisation de l'enregistrement des formulaires.

Principaux constats de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1)

Nous avons poursuivi l'implantation des formulaires de suivis de l'application des mesures de contrôle pour l'ensemble de nos programmes. Un décompte annuel est présenté au conseil d'administration. Une révision du règlement sur l'application des mesures de contrôle fut approuvée et inclut maintenant un formulaire spécifique pour le service de psychiatrie.

Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations d'un coroner

Le CHU Sainte-Justine a reçu au cours de cette période une seule directive du coroner.

Cette directive faisait suite à un décès par suicide avec un fusil de chasse chez un adulte. Un rappel à tous les professionnels, plus précisément aux psychiatres et au service des urgences, a été diffusé quant à l'importance du danger de la conservation d'une arme à feu dans le domicile d'une personne souffrant de problèmes de santé mentale.

4.3.7. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel des plaintes du commissaire local aux plaintes et à la qualité de services est accessible à toute la population et aux usagers sur le site internet du CHU Sainte-Justine. Il constitue une source d'information importante sur l'état des plaintes, et ce, dans le respect de la confidentialité des usagers et des familles s'étant adressées aux commissaires.

5. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS

5.1. LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION – 2012/2016

Collège électoral : POPULATION

Monsieur Louis Hébert

Monsieur Michel Simard, vice-président

Collège électoral : MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Docteure Nancy Poirier

Collège électoral : INFIRMIERS(ERES)

Madame Nadia Desmarais

Collège électoral : USAGERS

Madame Manon Beaudry

Madame Annie Rainville

Collège électoral : FONDATION

Madame Annie Lemieux

Collège électoral : MULTIDISCIPLINAIRE

Monsieur Yves Théoret

Collège électoral : PERSONNEL NON CLINIQUE

Monsieur Eric Castonguay

Collège électoral : UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Docteure Hélène Boisjoly

Docteur Gilles Lavigne

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Madame Lucie Bertrand

Monsieur Frédéric Perrault

Collège électoral : COOPTATION

Madame Iris Almeida-Côté

Madame Geneviève Fortier, présidente

Madame Suzanne Gagnon

Madame Nathalie Normandeau

Monsieur Jean Roy

Un poste vacant

Directeur général

Monsieur Fabrice Brunet

Secrétaire du conseil

5.2. LISTE DES CONSEILS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.2.1. CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le Comité exécutif du Conseil des Infirmières et Infirmiers (CECII) est composé de sept membres élus, de deux membres d'office et d'une invitée permanente. Durant l'année, neuf réunions ont été tenues ainsi qu'une assemblée générale.

Le Comité des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires (CIIA) a tenu sa première assemblée générale, en collaboration avec la directrice des soins et le CECII.

Faits saillants du rapport annuel du CII

➤ Club de lecture des infirmières

Cette activité de formation contribue, depuis plus de dix ans, au maintien des compétences et au rehaussement des connaissances scientifiques sur les problèmes de santé pédiatriques.

L'activité se veut également un tremplin pour les infirmières voulant présenter dans les congrès et colloques extérieurs.

➤ Semaine de l’infirmière du 8 au 14 mai 2011

Chaque année, le comité organisateur de la semaine de l’infirmière se réunit afin d’offrir plusieurs activités, reconnaissant ainsi l’apport exceptionnel de nos infirmières au sein du CHU Ste-Justine.

➤ Journée de l’infirmière auxiliaire

➤ Activité du comité de la relève infirmière (CRI)

➤ Participation des membres de l’exécutif aux différents comités de l’établissement

➤ Sous-comités du CECII

- Comité des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires, CIAA
- Comité de la Relève Infirmière, CRI

➤ Comité externe

- Commission Infirmière Régionale, CIR

➤ Inspection professionnelle

La directrice des soins infirmiers et la présidente du CII ont été contactés par L’Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) le 21 février 2011 pour annoncer le début de la démarche d’inspection professionnelle de l’OIIQ dans notre établissement.

Les questionnaires préparatoires ont été complétés par la DSI et la présidente du CII et retournés le 2 mai 2011. La démarche d’autoévaluation demandée par l’OIIQ a été réalisée entre le 14 septembre et le 7 novembre 2011.

Le retour des résultats par l’OIIQ a été fait le 8 février 2012 à l’ensemble des gestionnaires en soins infirmiers et transmis aux infirmières lors d’un dîner organisé par la DSI et le CII le 14 février 2012.

Un plan d’amélioration fut ensuite élaboré par la DSI et des infirmières soignantes au cours du mois de mars et avril 2012 et soumis à l’OIIQ le 16 avril 2012, pour un retour en août 2012.

➤ Suivi en lien avec la démarche d’Agrément Canada

Le CECII a reçu les audits réalisés par le service de pharmacie en lien avec la norme sur la gestion des médicaments. Il a été apporté que la diffusion d’information sur les différents changements de pratique n’est pas optimale. La présidente du CII a rencontré la directrice des communications, Mme Louise Boisvert, le 12 décembre 2011 afin de partager cette problématique et explorer les stratégies envisagées afin de mieux répondre aux besoins des cliniciens.

➤ Suivi de l’implantation des pompes volumétriques

Le CECII a suivi de près l’implantation des pompes volumétriques sur les unités de soins de même que les changements de pratiques associés à cette nouvelle technologie. Un suivi des problématiques rencontrées a été discuté lors des différentes réunions de l’exécutif.

Avis déposés au CA ou à la direction générale et suites apportées

➤ Avis sur Dépôt systématique au comité exécutif du CII des données concernant la qualité de l’acte infirmier au CHU Sainte-Justine

Le CECII a émis un avis au directeur général, Dr Fabrice Brunet, afin de demander le dépôt systématique au comité exécutif du CII des données concernant la qualité de l'acte infirmier au CHU Sainte-Justine (audits, évaluation directe de l'acte infirmier, etc.) quelque soit la provenance (Direction des soins infirmiers, Direction des services cliniques, pharmacie, Direction de la sécurité qualité et risques, DAMU, etc.).

➤ Avis sur le mentorat

Le CECII a transmis un avis sur l'importance du mentorat pour les nouvelles infirmières dans notre établissement à la directrice des soins infirmiers le 22 juin 2011. Des rencontres entre la présidente du CII, la direction des soins infirmiers et la direction des ressources humaines pour explorer la faisabilité de celui-ci ont eu lieu le 7 juillet 2011 et le 16 septembre 2011.

➤ Avis en lien avec la prise de position « Arrêt des moyens médicaux d'assistance à la nutrition et à l'hydratation en pédiatrie » du Comité de Bioéthique

Le CECII s'est positionné sur l'avis du Comité de Bioéthique « Arrêt des moyens médicaux d'assistance à la nutrition et à l'hydratation en pédiatrie ». Notre position a été transmise au président du Comité de bioéthique.

➤ Avis sur la formation initiale des infirmières et infirmiers au Québec

Le CECII s'est positionné en manifestant son appui à ce que le baccalauréat devienne la norme d'entrée dans la profession via le programme DEC-BAC complété ou le BAC complété en sciences infirmières, tel que stipule la proposition adoptée par les membres délégués à l'Assemblée générale de l'OIIQ qui s'est tenue en octobre 2011.

5.2.2. CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) a tenu douze réunions.

Faits saillants du rapport annuel du CM

➤ Comité d'évaluation par les pairs

Le plan d'action établi lors de la journée d'orientation favorisant le support et la relance des comités de pairs a été réalisé en partie (ex : rencontres de sensibilisation auprès des différents groupes professionnels). Plusieurs comités de pairs ont été actifs au cours de la dernière année au sein des différents groupes professionnels. De plus, un cadre de référence pour les comités de pairs est en voie de réalisation.

➤ Qualité des soins et services

- La présidente représente le CECM au comité directeur du projet HARPE, projet qui vise à déterminer un cadre de référence pour aider à la prise de décision quant à la fréquence des thérapies.
- Le CECM a poursuivi le concept de *Conférence midi du CM* toujours dans le but de soutenir les professionnels pour l'amélioration continue de la qualité.

➤ Communication et publicité

Plusieurs activités se poursuivent afin d'améliorer les stratégies de communication du CM envers ses membres. Notons la parution du journal du CM, ***Le Flash Multi***, qui a continué cette année avec trois

numéros. Ce médium publicitaire a pour but d'informer les membres du CM de ses activités et de partager les réalisations de ses membres.

➤ **Recommandations**

• Revoir le processus d'élection du représentant du CM au CA

Le règlement interne de la procédure d'élection d'un représentant du Conseil Multidisciplinaire au Conseil d'Administration n'est pas très clair. Comme les dernières élections remontaient à plus de quatre ans et qu'aucun membre du présent exécutif n'était élu, cette procédure n'avait pas été revue. Le délai de mise en candidature ayant été court, nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour faire approuver les changements aux règlements internes par une assemblée générale spéciale et par la suite au Conseil d'administration. Il est souhaitable de revoir le processus en entier afin que tous les membres du CM puissent voter en tenant compte des quarts de travail respectifs de chacun. C'est pour cette raison qu'un comité a été mandaté suite aux élections. Ce comité ne s'est pas réuni au cours du présent mandat à cause de la priorisation de dossiers. Il est grandement souhaitable d'arriver à une proposition avant la prochaine assemblée générale afin de poursuivre le processus d'adoption d'un nouveau règlement interne avant la prochaine élection.

• Revoir le statut légal des membres du CM

Nous avons eu plusieurs questions en rapport avec « Quelles sont les personnes membres du CM ? ». En effet, ce questionnement n'est pas résolu de façon claire et précise. La question ne se pose pas en fonction de la profession du membre mais plutôt en fonction du poste qu'il occupe. Par exemple, un gestionnaire de programme ou un directeur qui est détenteur d'un titre professionnel membre du CM mais qui ne pratique plus sa fonction en lien avec son titre d'emploi, peut-il être membre du CM ? Afin de s'assurer d'être conforme du côté légal, un comité devrait se pencher sur la question et faire une proposition claire à la prochaine assemblée générale et poursuivre le processus d'adoption du règlement proposé.

• Elaborer un guide pratique pour faciliter les liens avec la recherche

Un des objectifs de l'année 2011-2012 était de favoriser les liens entre les cliniciens et la recherche. Nous avons établi certains liens avec l'URECA, unité de recherche clinique au CRME. Madame Roxanne Bernier est venue nous faire une présentation de son rôle de coordonnatrice et établir des liens pour stimuler la recherche clinique chez les professionnels. Suite à cette rencontre et à certaines problématiques rencontrées à HSJ par certains professionnels, il a été recommandé de produire un guide de procédures à suivre pour en faciliter leurs démarches. La mission de recherche étant moins bien développée chez les membres du CM.

• Poursuivre la représentation du CM au comité de transfert des connaissances

Afin de s'assurer de l'implantation des recommandations émises par le comité, il est important de poursuivre notre implication.

Avis déposés au CA ou à la direction générale et suites apportées

- L'exécutif du CM a déposé au comité de bioéthique un avis concernant l'arrêt des mesures médicales d'assistance en nutrition et en hydratation en pédiatrie.

- L'exécutif du CM a également déposé un avis au directeur général le 22 décembre 2011 concernant la place des affaires multidisciplinaires au sein de l'organisation. Suite au dépôt de cet avis, Monsieur Brunet a demandé au CECM de se pencher sur le rôle et la structure de cette nouvelle direction des affaires multidisciplinaires ainsi que sur le profil attendu du candidat.
- En réponse à la lettre du personnel du centre d'information du CHU Sainte-Justine informant le CECM d'une problématique concernant l'accessibilité des lieux pour les personnes à mobilité réduite, nous avons déposé un avis au directeur général demandant de remédier à la situation.
- Le CECM a déposé une lettre au directeur général lui demandant de porter une attention particulière à une préoccupation importante pour les membres du CM soit l'accès aux nouvelles technologies ainsi que sa désuétude.

5.2.3. CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Non applicable.

5.2.4. CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS – COMITÉ EXÉCUTIF

En 2011-2012, nous avons tenu dix-sept réunions du comité exécutif du CMDP, trois assemblées générales ordinaires et une assemblée générale annuelle. Nous avons veillé à la qualité de l'acte via le comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique et les différents sous-comités d'évaluation de l'acte des départements et services, le comité de médecine transfusionnelle et le comité de pharmacologie. Le comité exécutif du CMDP a également donné suite aux conclusions de son comité d'examen des titres. Nous avons également revu les recommandations du comité d'éthique à la recherche sur les projets de recherche qui lui ont été soumis.

Faits saillants du rapport annuel du CMDP – Comité exécutif

Au cours de l'année, le Comité exécutif du CMDP a été interpellé notamment dans les dossiers suivants, entre autres :

- Politique du protocole d'hémorragie massive.
- Avis du comité de bioéthique sur l'« Arrêt des moyens médicaux d'assistance à la nutrition et à l'hydratation en pédiatrie ».
- Politique sur les actes délégués aux archivistes médicales.
- Approbation des règles d'utilisation de médicaments du Département de pharmacie.
- Début de révision des règlements du CMDP et des départements.
- Politique sur la prévention de la violence.
- Projet de modernisation *Grandir en Santé*.

5.2.5. CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS – COMITÉ CENTRAL D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Le comité central a tenu sept réunions.

Faits saillants du rapport annuel du CMDP – Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Les membres du comité central se sont penchés sur les dossiers suivants :

- La réanimation néonatale : respect de l'algorithme de réanimation, recertification des médecins.
- La sédation procédurale : mesures d'accompagnement et de surveillance des patients.
- Les cathétérismes cardiaques : recommandations suite à une étude par critères.
- Intensité et niveau de soins aux soins intensifs
- Prise en charge des réactions anaphylactiques sur les étages.
- Les infections de plaies : obstétrique (césarienne), chirurgie cardiaque.
- Morts in utéro : proposition de clinique de suivi.
- Système de surveillance des accès vasculaires.
- Analyse de divers dossiers ou situations problématiques.
- Directives concernant la rédaction et la complétion des comptes-rendus de sous comités : données anonymisées, mention de confidentialité.

5.2.6. CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS – COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité s'est réuni à six reprises au cours de l'année.

Faits saillants du rapport annuel du CMDP – Comité de pharmacologie

- Révision des règles d'utilisation de quatorze produits : la vélaglucéridase, l'imiglucérase, l'usage des probiotiques pour la prévention d'une entérocolite nécrosante, la caboxypeptidase/glucarpidase, les enzymes pancréatiques, les seringues pré-remplies avec NaCl 0,9%, l'héparine 100 unités/mL, la vancomycine, la tobramycine en unidose dans le traitement de la fibrose kystique du pancréas, le glycérophosphate de potassium, l'extension de la validité de la warfarine, la compatibilité de la kétamine avec le lactate ringier, la codéine et la mépéridine, les gouttes de vitamine D contenant 400 unités/goutte.
- Révision de la règle d'émission des ordonnances (ex. abréviations dangereuses).

- Maintien d'informations de la problématique de la rupture d'approvisionnement de 180 produits de la compagnie Sandoz et des mesures entreprises pour en réduire au maximum les effets délétères sur la population traitée au CHU Sainte-Justine.

5.3. LISTE DES COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.3.1. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité se mettra en place officiellement en 2012-2013.

5.3.2. COMITÉ DE VÉRIFICATION

En 2011-2012, le comité de vérification a tenu deux réunions.

Le comité ne possède pas de rapport annuel, ce dernier sera mis en place officiellement en 2012-2013.

5.3.3. COMITÉ DES USAGERS/RÉSIDENTS

Le comité des usagers est composé de sept membres. Au cours de la période 2011-2012, le comité s'est rencontré à dix reprises. L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 3 octobre 2011, assemblée à laquelle il y a eu des élections.

Une nouveauté a été instaurée cette année. Nous avons intégré un processus de suivi des interventions faites auprès des parents. Nous consignons ces informations afin d'assurer une intégration des interventions visant à mieux identifier les priorités du comité.

De plus, afin de mieux cibler le type d'assistance du comité auprès des parents, nous avons commencé à tenir des statistiques sur les types d'interventions en fonction des demandes des parents. Les demandes étant en hausse par rapport aux années antérieures, il était important pour le comité de tenir un système d'archivage des mesures prises auprès des parents.

Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations :

- Connaître les droits et les obligations des usagers.

Renseigner les usagers est l'une des premières fonctions du Comité des usagers. Afin de pouvoir y répondre adéquatement, plusieurs séances de formation ont été offertes au Comité par le Regroupement provincial des comités des usagers. Lorsque ces formations sont offertes, les membres disponibles y assistent ou délèguent la personne ressource du comité pour le faire. Dans un tel cas, celle-ci produit un compte-rendu pour les membres.

- Renouvellement de l'adhésion au Regroupement Provincial des Comités des Usagers.
- Renouvellement de l'adhésion au Conseil pour la protection des malades – FCURQ.
- Faire connaître aux usagers le rôle et les fonctions du Comité des usagers :

Outils promotionnels et activités de promotion

Afin de répondre à cette exigence, le Comité des usagers a procédé à une refonte de sa stratégie marketing.

Plan de communication, sous-comité de mise en marché

L'an dernier, la firme Diobri avait été mandaté par le Comité afin d'optimiser les actions de rayonnement du Comité des usagers pour faire connaître davantage le rôle, le mandat et les réalisations du Comité. Ce mandat a donné lieu à l'élaboration d'un plan de communication dont les actions ont été mises en place cette année.

Utilisation de Facebook

Le Comité se questionne sur l'utilisation d'une page Facebook pour faire sa promotion. Ce dossier fait l'objet d'une réflexion continue compte tenu des enjeux de confidentialité et de vie informatique.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers :

➤ Projet Grandir en santé

En plus de se tenir informé régulièrement, un membre du comité, Mme Heidi Labrecque a participé à un groupe de discussion sur l'aménagement des aires de familles, le projet BUS.

➤ Sondage sur la satisfaction des usagers

Cette année, le Comité des usagers s'est fait un devoir d'obtenir une reddition de compte des actions entreprises suite au sondage. Compte tenu que le sondage avait été déposé auprès du directeur général du CHU Ste-Justine, les résultats ont été pris en considération. Il était important pour le comité que l'établissement soit impliqué et imputable de la mise en place des actions d'amélioration et du suivi réalisé.

➤ Approche humaniste et démarche Planetree

M. Michel Lemay assure le suivi des travaux relatifs à l'intégration de l'approche humaniste au CHU Sainte-Justine. Le Comité porte un grand intérêt à ce projet qui concerne à la fois les patients, mais également les employés. M. Lemay a transmis un document de suivi au Comité et les membres entendent poursuivre leur implication dans le projet.

➤ De plus, le Comité des usagers a été sollicité et/ou a assuré un suivi sur les dossiers suivants :

- Activités éthiques au CHU Ste-Justine.
- Projet de modernisation des locaux en psychiatrie.
- Projet de gestion de la douleur.
- Guide des services pour patients hospitalisés au CHU Ste-Justine.
- Salon de la qualité et de l'innovation.
- Agrément Canada.
- Bruit à l'urgence.
- Projet HARPE.

- Visite du CRME.
- Respect des rendez-vous au CRME.
- Projet de l'alimentation au CRME.

Défendre les droits et les intérêts collectif des usagers

➤ Contribution parentale à l'unité d'hébergement du CRME

Dans le cadre du dossier sur la contribution parentale, le Comité a envoyé une lettre à la Protectrice du citoyen le 3 mai 2011. Tel que précisé l'an dernier, la situation émane d'un parent et concerne la contribution parentale pour les enfants hospitalisés à l'unité d'hébergement du CRME. La situation semble présenter une condition inéquitable pour plusieurs parents. L'insatisfaction des parents est évidente. Compte tenu que le dossier comporte à la fois des aspects juridiques, économiques et sociaux, le Comité a pris le temps nécessaire pour établir sa position et planifier son intervention.

Le dossier demeure encore sous étude avec un mandat bien limité de la part de la Protectrice du citoyen, ce qui a été expliqué aux membres. Le Comité espère que sa contribution et son influence permettront une résolution satisfaisante pour les usagers de cette affaire et entend poursuivre le suivi du dossier.

➤ Informations du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Tout au long de l'année, le Comité des usagers a entretenu un lien de proximité avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services afin de mieux cerner les problématiques qui touchent directement les usagers et, le cas échéant, poser les gestes qui s'imposent pour faire avancer les dossiers qui concernent leurs droits.

Autres réalisations

D'autres dossiers ont été abordés tout au long de l'année et suscitent un intérêt constant de la part du Comité des usagers.

5.3.4. COMITÉ DE RÉVISION

Le comité ne possède pas de rapport annuel, ce dernier sera mis en place officiellement en 2012-2013.

5.4. COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

5.4.1. SUITES APPORTÉES AUX PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ RETENUES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pendant l'année 2011-2012, quatre recommandations ont été faites par le commissaire local. Le suivi d'une seule de ces recommandations est toujours en cours. Pour les autres recommandations, une a fait l'objet d'un plan d'action de la part de la direction concernée, lequel plan d'action a fait l'objet d'un suivi régulier par le comité de vigilance et de la qualité. Les autres recommandations ont été réalisées à la satisfaction du comité de vigilance.

Quatre recommandations des années 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 étaient toujours en cours. Au début de l'année, le comité de vigilance n'avait toujours pas obtenu de réponse. Des suivis rigoureux

ont été faits auprès des directions concernées et les recommandations ont été suivies à la satisfaction du comité de vigilance.

5.4.2. CONCLUSIONS DES AUTRES RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS SUR LA PERTINENCE, LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ OU L'EFFICACITÉ DES SERVICES RENDUS

Une recommandation a été faite pour l'année 2011-2012 par le médecin examinateur. Le comité de vigilance est toujours en attente d'un suivi.

Par ailleurs, deux recommandations ayant été faites en 2009-2010 ont été suivies par les directions concernées. Une dernière recommandation datant de 2010-2011 est toujours en attente de suivi.

5.4.3. SUITES OU AMÉLIORATIONS APPORTÉES OU ENVISAGÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION À L'ÉGARD AVEC CES CONCLUSIONS

Un plan d'action annuel a été élaboré afin d'optimiser le rôle de coordination du comité de vigilance en regard des activités des autres instances responsables de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services rendus au sein de l'établissement. En cours d'année, le suivi des recommandations s'est poursuivi assidûment avec l'ajout d'un indice de progression.

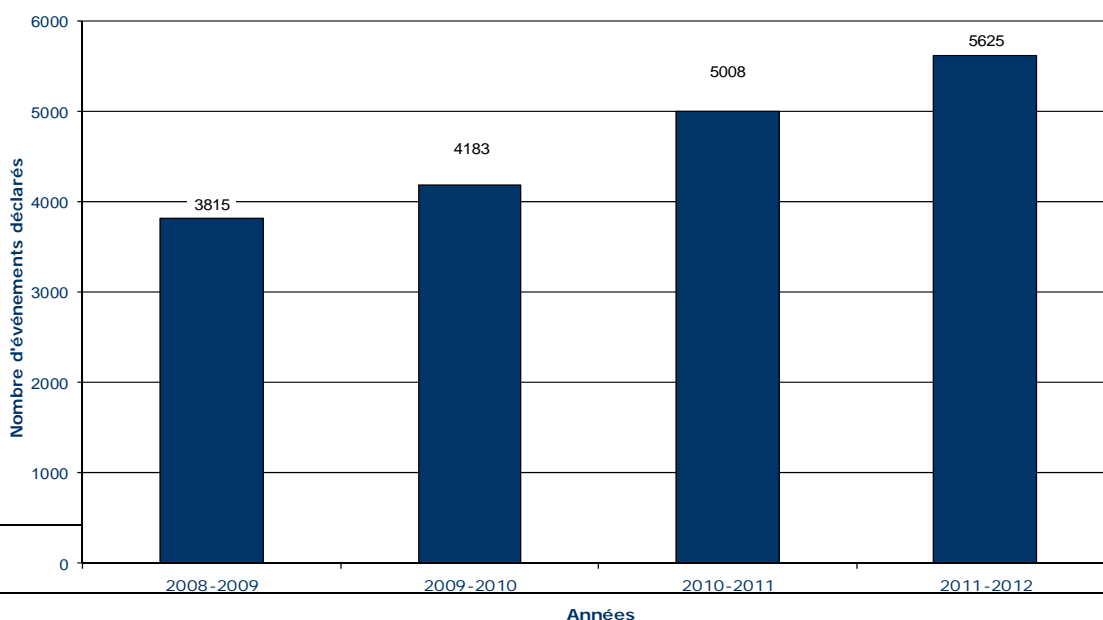
5.5. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

5.5.1. PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS/ACCIDENTS MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE (art. 183.2)

En milieu pédiatrique, la principale cause d'accidents-incidents concerne les erreurs de médicaments. Des plans d'actions sont mis en œuvre afin de les réduire. Par la suite, les données du registre nous permettent de constater les erreurs de traitement dans une moindre mesure.

La tournée mensuelle de culture de sécurité nous permet de sensibiliser l'ensemble des intervenants sur les différents aspects à tenir en compte dans l'environnement du patient, afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services.

Nombre d'événements déclarés au formulaire AH-223 selon l'année
(Sites Sainte-Justine et CRME)



Prévention des infections acquises lors de la prestation des soins

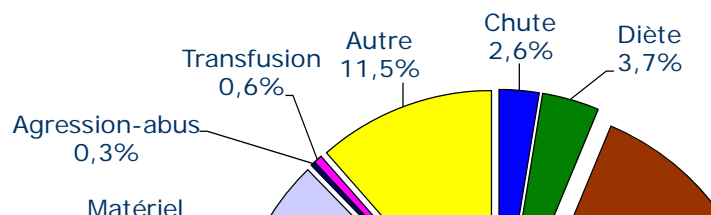
➤ Suivi des priorités de la prévention des infections 2011-2012

Au cours de l'année 2011-2012, l'équipe de prévention des infections a poursuivi ses activités de surveillance des infections nosocomiales. Les résultats sont transmis aux responsables des secteurs de soins via un tableau de bord et les taux de l'ensemble de l'établissement sont disponibles.

➤ Faits saillants des événements majeurs de l'année 2011-2012

- Les travaux d'excavation pour le projet « Grandir en santé » se dérouleront à proximité du bâtiment et des mesures de prévention des infections ont été élaborées afin d'assurer la sécurité des patients. Ces mesures touchent les blocs 1, 3 et 5 qui seront directement exposés à l'ouverture des fenêtres dans ces secteurs. Les mesures concernent principalement la clientèle à haut risque (ex. : immunosupprimés, chirurgies majeures, grands brûlés) et le matériel de soins stérile.
- Le taux de bactériémies relié aux cathéters centraux en néonatalogie s'est maintenu au cours de l'année 2011-2012. Une enquête élargie est en cours en collaboration avec l'unité néonatale et l'Unité d'Évaluation des Technologies et des modes d'Interventions

Déclarations selon la catégorie Sites Ste-Justine et CRME (2011-2012)



Surveillance des infections nosocomiales pour l'ensemble de l'établissement 2011-2012

Périodes budgétaires		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Taux moyen 2011-2012	Taux moyen 2010-2011
Clostridium difficile (par 10 000 jours-présences)	Nombre	0	0	1	1	1	0	1	2	3	3	1	3	0	2,1	2,5
	Taux	0,0	0,0	1,7	2,0	2,0	0,0	1,5	3,2	4,8	5,3	1,7	5,1	0,0		
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (par 10 000 jours-présences)	Nombre	2	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0,8	0,8
	Taux	2,8	0,0	2,3	0,0	0,0	1,3	1,2	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	0,0		
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) (par 10 000 jours-présences)	Nombre	5	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,2	0,3
	Taux	7,0	7,3	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Bactériémies nosocomiales pour l'ensemble du CHUSJ (par 1000 jours-présences)	Taux	1,3	1,4	1,6	2,0	1,6	2,4	2,0	2,1	2,1	3,3	2,1	2,2	2,2	2,0	1,6
Bactériémies nosocomiales reliées au cathéter pour l'ensemble du CHUSJ (par 1000 jours-présences)	Taux	0,4	1,0	1,3	1,3	1,2	1,9	1,4	1	1,9	1,5	1,9	1,6	1,7	1,4	1,0
Bactériémies nosocomiales associées au staphylococcus aureus (par 10 000 jours-présences)	Taux	0,0	0,0	2,0	0,0	0,7	1,3	2,4	0,9	0,0	3,8	2,5	1,2	1,9	1,3	1,1

ERV : L'augmentation du taux de cas de ERV nosocomiaux est associée à une épidémie qui est survenue en P1 et P2

Clostridium difficile : L'augmentation du taux de P9 à P12 est associée à une épidémie en 2 vagues qui est survenue dans un secteur spécifique

Bactériémies à Staphylococcus aureus : L'augmentation des bactériémies en P10 et P11 est associée à une augmentation dans un secteur spécifique.

Bactériémies nosocomiales reliées aux cathéters centraux pour l'ensemble du CHU : Nous observons une augmentation progressive du taux global des bactériémies et des bactériémies reliées aux cathéters au cours des dernières périodes pour l'ensemble de l'établissement. Deux hypothèses sont évoquées : l'augmentation des manipulations suite à l'introduction des nouvelles pompes en P9 et une augmentation des taux dans un secteur spécifique.

en Santé (UETMIS) afin d'identifier des causes potentielles pour mieux cibler les mesures correctives. Plusieurs volets ont déjà été modifiés tels que : techniques de soins, environnement et mesures de prévention.

- Une éclosion de *Clostridium difficile* a touché neuf patients. Il n'y a aucune complication en lien avec cette éclosion. Des mesures de désinfection de l'environnement ont été prises et la surveillance étroite de la situation se poursuit. L'éclosion fut rapidement éradiquée.

Déclaration des non-conformités aux laboratoires

Les laboratoires ont mis en place des politiques et procédures détaillées qui représentent les normes à respecter relativement aux différents processus en fonction. Le non-respect d'un ou de plusieurs items inclus dans ces politiques et procédures se traduit par une non-conformité. Certains laboratoires disposent depuis quelques années d'un système de déclaration des non-conformités informatisé. L'analyse des non-conformités déclarées au cours de l'année permet de dresser un portrait global de la situation et d'illustrer les liens nécessaires entre les événements à risque dans les laboratoires cliniques et le risque direct pour le patient.

Le bilan de cette année est marqué par le suivi de l'identification adéquate des échantillons diagnostiques et des requêtes de laboratoires qui les accompagnent. Celles-ci doivent répondre à des normes strictes. Nous avons eu un taux d'acceptabilité de 97 % sur une moyenne de 33 000 requêtes par période financière.

Du 3 % de non-conformité, environ 115 échantillons diagnostiques irremplaçables (la prise d'un nouveau prélèvement étant impossible ou trop invasif) ont été acceptés au laboratoire grâce à une certification dûment complétée par la personne ayant effectué le prélèvement.

Ce suivi est rendu possible par trois indicateurs.

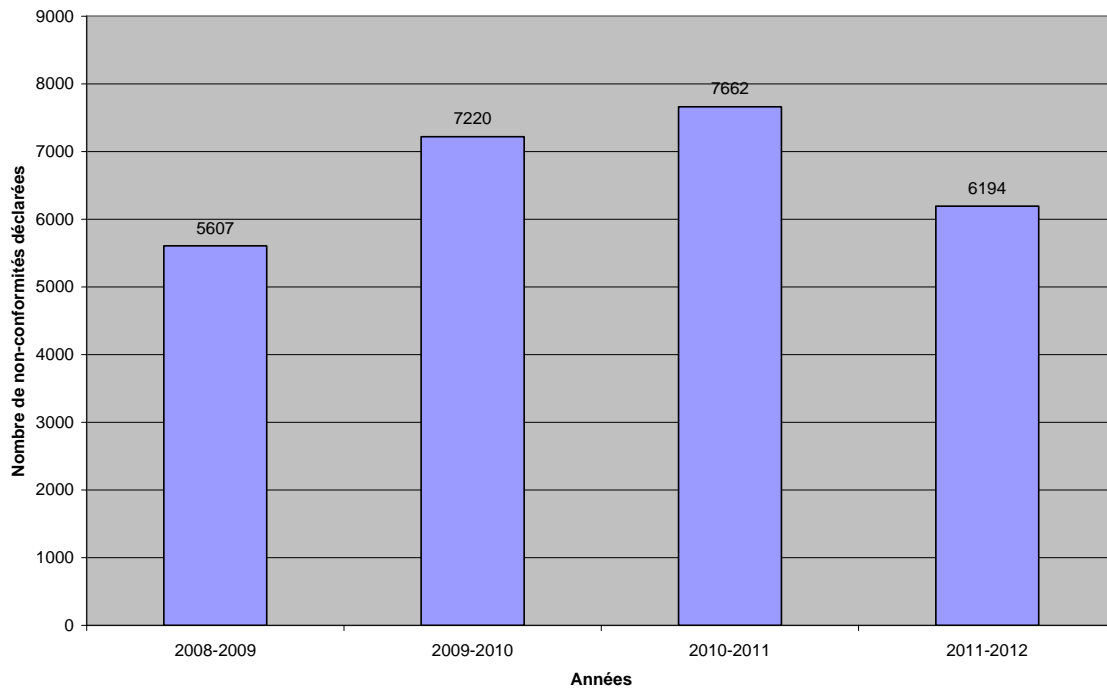
- Taux de requête/échantillons incomplets
- Taux d'échantillon diagnostique accepté avec certification
- Spécimen refusé, erreur d'identification

Des normes assurent la sécurité du patient grâce à la confirmation de son identité avant un acte. Une de nos principales préoccupations en cours d'année concerne le nombre élevé de patients hospitalisés n'ayant pas de bracelet d'identification du CHU Sainte-Justine par exemple, lorsque le personnel doit effectuer un prélèvement sur l'unité clinique. Cette situation a eu comme conséquence de retarder ou de rendre impossible l'acte de prélever un échantillon dû au non-respect des normes sur la double identification du patient. Un total de 618 patients sans bracelet a été déclaré cette année pour un total de 63 149 prélèvements effectués par le Centre de prélèvements.

Nous suivons mensuellement 15 indicateurs supplémentaires différents dans nos déclarations d'incidents/accidents de laboratoires. Ces indicateurs nous fournissent un portrait de la situation et permettent de cibler les préoccupations touchant les laboratoires et les unités cliniques. Un comité d'assurance qualité pour chacun des 14 laboratoires analyse les indicateurs spécifiques à son département et en assure les suivis.

Exemple : Le besoin d'informer rapidement et de façon nominale un laboratoire ou une unité clinique d'un événement à risque, comme la défectuosité d'un lot de tube à prélèvements.

Nombre de non-conformités déclarées aux laboratoires selon l'année



La baisse de non-conformité attribuable au respect de la norme d'identification des échantillons diagnostiques a permis de diminuer le nombre de déclarations. Pour cette année, nous avons 6 194 déclarations de non-conformités pour l'année 2011-2012 sur un total de 429 000 requêtes d'ordonnance médicale traitées, ce qui représente 1,4 % de non-conformités. Le taux de déclaration pour l'année 2011-2012 est donc plus bas que le taux pour l'année 2010-2011. L'an prochain, en offrant des outils de déclaration adaptés à tous les laboratoires, nous souhaitons promouvoir auprès de nos employés les bienfaits de ces déclarations de non-conformité, qui permettent d'identifier des cibles d'amélioration pour les services dispensés à notre clientèle.

Nos laboratoires poursuivront leurs travaux innovateurs dans le domaine de la qualité, tel que :

- Effectuer des revues de processus dans nos laboratoires en vue d'en améliorer les maillons plus faibles
- Poursuivre le suivi d'indicateurs de performance, tel que le temps de réponse lors de demandes de prélèvements, les temps de sortie des résultats de laboratoire, les bris de service qui touchent la clientèle.
- Documenter des contre vérifications des rapports d'analyses demandées, qui pourraient être non complétées afin d'assurer 100 % de finalisation et de transmission des rapports.
- Assurer une transmission verbale de 100 % des résultats critiques, c'est-à-dire des résultats qui mettent en danger la vie du patient, selon les critères établis.
- Effectuer la traçabilité complète des analyses de laboratoires et des patients qui participent à un projet de recherche.

Ce travail s'effectue en collaborant avec leurs différents partenaires, autant internes, qu'externes au CHU Sainte-Justine.

Portrait global des mesures d'urgence

L'année 2011-2012 a été une année où se sont effectuées des avancées majeures pour les mesures d'urgence. Les principales activités ont été concentrées sur les mesures à prioriser afin de se conformer aux normes du processus d'Agrément Canada. Cette évaluation aura permis de confirmer l'atteinte de nos objectifs. Par ailleurs, notre contribution à la prévention et à l'avancement de la qualité des interventions a été soulignée lors du Forum sur la sécurité civile organisé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous trouverez dans les points ci-dessous, quelques exemples des réalisations faites en cours d'année.

- Révision et mise à jour des plans d'intervention spécifiques en cas d'incendie (code rouge) et en cas d'évacuation (code vert).
- Création des brigades d'intervention en cas d'évacuation.
- Formation générale sur les mesures d'urgence offerte au personnel, aux médecins, aux chercheurs, aux résidents et aux stagiaires. *8514 modules donnés.*
- Formations spécifiques (codes rouge et vert) pour le personnel clinique, les membres des brigades et l'équipe de sécurité. *1997 personnes formées.*
- Déploiement des tournées mensuelles de vérifications des extincteurs incendie et mise en place d'un programme d'évaluation et d'inspection de leur conformité.
- Inspection annuelle de l'ensemble des bâtiments pour identifier et corriger les non-conformités contribuant à l'augmentation des risques.
- Exercice d'évacuation avec déploiement complet au CRME, au bloc 7 (incluant l'unité de psychiatrie) et au bloc 10 du site Sainte-Justine et 5757 Decelles.
- Exercice de mobilisation en cas de code rouge sur les unités du site Sainte-Justine.
- Campagne de sensibilisation dans le cadre des deux semaines thématiques sur la sécurité incendie et la sécurité civile.
- Campagne de sensibilisation pour la clientèle au moyen de capsules affichées sur les écrans à l'intérieur de l'établissement.
- Création dans l'intranet d'une section sur les Mesures d'urgence incluant la mise en ligne du plan des mesures d'urgence.
- Acquisition d'un chariot d'intervention pour les incidents impliquant des matières dangereuses.
- Mise en place du processus de rétroaction à la suite des événements.

Santé et sécurité au travail

Voici les principales réalisations du service de Santé et Sécurité du Travail en ce qui concerne la sécurité pour nos intervenants :

- 83 interventions en ergonomie des postes de travail pour l'analyse et les achats d'équipements.
- Conception des espaces de travail et validation de l'ergonomie du mobilier à la pharmacie.
- Analyse ergonomique du poste de travail pour le projet des lits intelligents.

- Massothérapie pour les technologistes en imagerie médicale pour la prévention des troubles musculosquelettiques.
- Conception des postes au niveau de la machinerie pour l'atelier orthèses et prothèses.
- Analyse des postes d'infirmières et suivi des aménagements pour la salle de chirurgie hybride (cardiologie et cathétérisme).
- Formation en poussée et traction avec l'appareil de fluoroscopie pour les technologistes en imagerie médicale afin de prévenir des lésions musculosquelettiques.
- Mise en place d'un plan électrique pour le soulèvement des fauteuils roulants afin d'éviter la manutention.
- Adaptation des nouveaux dispositifs d'analyse des échantillons aux technologues par la mise en place de 20 fauteuils pour la cytogénétique.
- Mise en place des instructions pour le respect de l'ergonomie lors de la construction des nouveaux bâtiments par la participation à la rédaction de la partie «Ergonomie» du cahier des charges du projet «Grandir en Santé».
- Achat des chariots ergonomiques au magasin du CRME.
- Analyse de la qualité de l'air dans plusieurs locaux et principalement dans ceux de l'atelier des orthèses et prothèses sur les sites CRME et Sainte-Justine.
- Analyse de la qualité de l'air pour le projet dépoussiérage au niveau du local de fraisage (CRME).
- Déploiement du comité paritaire de santé et de sécurité du travail des groupes 2 et 3 et poursuite des travaux dans le groupe 4.
- Distribution des ventilateurs supplémentaires sur les unités de soins pour la prévention de coups de chaleur.
- Rédaction du programme de prévention de la chaleur accablante et distribution des foulards refroidissants.
- Formation sur la radiation ionisante et prévention de l'exposition du personnel soignant en hématologie lors des traitements au MIBG.
- Implantation des aiguilles sécuritaires.
- Participation au Symposium des infirmiers et infirmières sur les déchets biomédicaux infectieux et les dangers reliés aux piqûres d'aiguilles.
- Activité de formation sur la prévention des piqûres d'aiguilles aux préposées aux bénéficiaires et aux infirmiers(es).
- Semaine de santé et sécurité du travail- activités, ateliers et conférences sur la prévention au niveau de la santé mentale.
- Achat de 10 tabourets ergonomiques (comité SST Groupe 4) pour la prévention des chutes lors des traitements pour les physiothérapeutes (CRME).
- Amélioration des conditions de travail pour le projet de réorganisation du service de la salubrité.
- Amélioration des conditions de travail pour le projet de réorganisation du service de la buanderie.
- Implantation d'un nouveau Programme d'aide aux employés.
- Collaboration avec les relations de travail pour la rédaction et la mise en place de la politique sur la non-violence et participation au comité de prévention de la violence.

- Projet de luminothérapie pour la prévention de la dépression saisonnière et la promotion de la santé mentale. (44 inscriptions).
- Campagne de vaccination saisonnière : 2209 doses administrées et activités de prévention des infections.
- Orientation de tous les nouveaux employés sur les aspects de santé-sécurité du travail (27 rencontres par année).
- Rencontre 1 fois par année avec les employés de 18 à 24 ans par l'escouade jeunesse de la CSST prévention des accidents chez les jeunes.

Service de la pharmacie

➤ **Pompes intelligentes**

L'implantation des pompes intelligentes a été un défi de taille qui a nécessité des investissements en temps très important pour la sélection de la pompe, la standardisation des concentrations ainsi que le développement des bibliothèques. La solution implantée ne permettra pas pour le moment de faire une analyse de l'utilisation des pompes et des erreurs prévenues. Nous attendons des mises à jour logicielles pour pouvoir réaliser ces activités.

➤ **Préparations stériles et non stériles**

Depuis plusieurs années, nous contrôlons les surfaces de travail dans les zones de préparation des produits stériles. Maintenant, avec l'aide du département de microbiologie, des contrôles microbiologiques des lots préparés sont aussi réalisés. En ce qui concerne les préparations non stériles, des travaux sont en cours pour permettre la diminution de l'exposition aux poudres et offrir un espace de travail permettant un espace suffisant pour diminuer les risques lors des préparations.

➤ **Audits**

Plusieurs audits ont été réalisés afin de documenter l'atteinte des différents standards. Beaucoup d'efforts ont été investis dans l'atteinte d'un haut taux de conformité à la POR sur le bilan comparatif des médicaments. Entre autres, il est maintenant possible de voir en temps réel, sur intranet, les chambres pour lesquelles les bilans sont manquants, ce qui facilite le suivi des pharmaciens et des infirmières sur l'unité.

5.5.2. RECOMMANDATIONS ET SUIVIS EFFECTUÉS EN LIEN AVEC LES PRIORITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Consolidation de notre approche intégrée de gestion des risques avec tableau de suivi formel pour le nombre d'évènements majeurs, sentinelles, environnementaux, presque-accidents ainsi qu'un taux de divulgation et le nombre de mesures de soutien.

Ci-joint, vous trouverez les résultats portant sur l'atteinte des objectifs de notre plan de sécurité, ainsi que les objectifs pour l'année prochaine.

➤ **Plan de sécurité des années précédentes**

Année de priorisation par le CGR	Secteur	Description	Niveau de réalisation	Responsable
2009-2010	Cylindres	Poursuivre le développement d'un enclos sécuritaire pour les cylindres de gaz	Non atteint	DSTH
2009-2010	Plan de mesures d'urgence	Mise à jour du plan des mesures d'urgence, dont le code brun et le code rouge.	Atteint	DSTH
2009-2010	Plan de mesures d'urgence (PMU)	Revoir les plans des mesures d'urgence et les plans d'évacuation ainsi que le système de codification du niveau de soins requis selon l'unité de soins (pour chacun des patients/quotidiennement)	Atteint	DSTH DSI
2009-2010	Pratiques organisationnelles requises	Planifier la mesure continue des PORs	Atteint	DSI
2010-2011	Divulgarion	Améliorer le processus de divulgation par la formalisation et l'inscription au dossier des mesures de soutien offertes pour les patients, leurs familles et les employés impliqués.	Atteint	DQSR
2010-2011	Prévention des chutes	Développer un programme de prévention des chutes pour l'ensemble des programmes du CHU Sainte-Justine.	Atteint	DSI
2010-2011	Prévention et contrôle des infections	Établir une structure pour la transmission des indicateurs aux différents partenaires de l'interne	Atteint	DSI/DAMU
2011-2012	Prévention et contrôle des infections	Étendre la surveillance des infections de plaies chirurgicales à d'autres chirurgies (ex. : chirurgies cardiaques et orthopédiques)	Partiellement atteint	DSI/DAMU
2011-2012	Prévention et contrôle des infections	Établir des plans d'action et les mettre en œuvre afin de se conformer à la norme de PCI d'Agrément Canada	Partiellement atteint	DSI/DAMU
2011-2012	Laboratoires	Revue de processus conjointe entre les unités de soins et laboratoires	Atteint	DAMU

➤ **Plan de sécurité 2012-2013**

Année de priorisation par le CGR	**Secteur	Description	Responsable
2009-2010	Cylindres	Poursuivre le développement d'un enclos sécuritaire pour les cylindres de gaz.	DSTH
2012-2013	Plan de mesures d'urgence (PMU)	Consolidation du processus d'alerte et de mobilisation	DSTH
2012-2013	Plan de mesures d'urgence (PMU)	Développement d'un programme de formation et d'exercices touchant plusieurs risques	DSTH
2012-2013	Plan de mesures d'urgence (PMU)	Déploiement du plan d'intervention en cas de chaleur accablante ou extrême	DSTH
2012-2013	Plan de mesures d'urgence (PMU)	En collaboration avec le service des urgences, révision du code orange en cas d'arrivée massive de patients	DSTH
2012-2013	Prévention et contrôle des infections	Étendre la surveillance des infections post chirurgicales	DSI
2012-2013	Prévention et contrôle des infections	Implanter le nouveau protocole de dépistage et de surveillance des bactéries multirésistantes Surveillance des infections reliées à la construction	DSI
2012-2013	Laboratoires	Améliorer le processus de transmission des rapports de laboratoire vers les clients internes et externes	DAMU
2012-2013	Laboratoires	Insertion des accidents de laboratoire dans le système SSISS	DAMU/DQSR
2012-2013	Pharmacie	Élaborer des mesures compensatoires pour pallier aux pénuries de médicaments	DAMU
2012-2013	GBM, DAMU, DRH, DSTH	Intégrer les autres secteurs à notre gestion intégrée des risques	DQSR
2012-2013	SAI	Développer un plan d'action pour la SAI	DQSR
2012-2013	GES	Déploiement d'un comité de gouvernance des risques	DT/DGES
2012-2013	SST	Développer des programmes et activités visant le maintien de la santé mentale et physique des employés	DRH/DPS
2012-2013	SST	Participer aux évaluations des équipements, modes d'organisation de travail et aménagement de travail en lien avec le projet de transformations organisationnelles.	DRH
2012-2013	SST	Évaluer les pratiques et procédures en lien avec l'usage de certains équipements de travail sécuritaire.	DRH

6. RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Présentation des principales informations concernant les ressources qui sont à l'emploi.

	Exercice en cours	Exercice antérieur
<u>Note 1 :</u>		
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres</u> : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	183	153
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5.53	4.1
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1
<u>Les employés réguliers</u> : (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2167	2172
- Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1302.8	1093.5
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<u>Les occasionnels</u> :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2 033 614	1 832 907
- Équivalents temps complet (b)	1113.7	1003.7

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées;
divisé par : 1826 heures

7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

7.1. ÉTAT DES RÉSULTATS DU FOND D'EXPLOITATION

Nom de l'établissement		Code		Page	
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE		1269-4659		200	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DES RÉSULTATS					
		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant	Ex. courant	Ex. courant	Ex. précédent
		(r. de p358, C3)		(C1 + C2)	
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P406).....01		322,923,393	18,563,166	341,486,559	309,098,690
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294).....02		15,893,202	131,074	16,024,276	13,875,745
Contributions des usagers.....03		7,368,050	XXXX	7,368,050	8,263,191
Ventes de services et recouvrements.....04		6,172,602	XXXX	6,172,602	8,829,475
Donations (FI:P294).....05		10,527,703	3,837,993	14,365,696	10,425,444
Revenus de placement (FI:P302).....06		23,332	125,911	149,243	4,361
Revenus de type commercial.....07		431,349	XXXX	431,349	405,365
Gain sur disposition (FI:P302).....08					1,079
.....09		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....10		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302).....11		31,300,331	901,283	32,001,614	31,260,015
TOTAL (L.01 à L.11).....12		394,239,962	23,559,427	417,799,389	301,863,365
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales.....13		261,704,212	XXXX	261,704,212	237,937,036
Médicaments.....14		25,331,994	XXXX	25,331,994	19,721,420
Produits sanguins.....15		18,760,557	XXXX	18,760,557	18,440,453
Fournitures médicales et chirurgicales.....16		18,627,740	XXXX	18,627,740	16,889,420
Denrées alimentaires.....17		1,417,837	XXXX	1,417,837	1,369,988
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles.....18		1,319,362	XXXX	1,319,362	1,344,889
Frais financiers (FI:P325).....19		630,593	5,292,305	5,922,898	5,150,927
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations.....20		7,580,405	3,298,661	10,879,066	9,179,274
Créances douteuses.....21		1,551,234	XXXX	1,551,234	1,136,325
.....22		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Amortissement des immobilisations (FI:P422).....23		XXXX	14,501,008	14,501,008	13,072,048
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421).....24		XXXX	368,804	368,804	XXXX
.....25		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....26		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325).....27		57,264,955		57,264,955	58,246,401
TOTAL (L.13 à L.27).....28		394,188,889	23,410,778	417,599,667	302,488,181
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28).....29		51,073	148,649	199,722	4624,816

Colonne 2: établissements publics seulement

7.2.ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Nom de l'établissement		Code		Page	
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE		1263-4659		202	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE			
ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS					
		FONDS		TOTAL	
		Exploitation Ex. courant	Immobi. Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....	01	(8,262,436)	2,063,836	(6,198,600)	(47,009,546)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) Page 297-00.....	03				41,435,762
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....	04	(8,262,436)	2,063,836	(6,198,600)	(5,573,784)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....	05	51,073	148,649	199,722	(624,816)
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser).....	06				
Transferts interfonds (préciser) Projets autofinancés.....	07	(831,147)	831,147	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....	08		XXXX		
.....	09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations (L.06 à L.09).....	10	(831,147)	831,147	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10).....	11	(9,042,510)	3,043,632	(5,998,878)	(6,198,600)
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe.....	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne.....	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....	14	XXXX	XXXX	(5,998,878)	(6,198,600)
Total (L.12 à L.14).....	15	XXXX	XXXX	(5,998,878)	(6,198,600)

7.3.ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Nom de l'établissement		Code		Page	
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE		1269-4659		204	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE					
		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert de banque).....01		31,439,915	8,255,523	40,390,430	40,141,510
Placements temporaires.....02					
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408).....03		59,741,162	3,235,790	61,976,952	51,162,286
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400).....04		23,676,581	1,910,508	25,587,189	25,375,910
.....05		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds).....06		9,220,589	(9,220,589)	0	0
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408).....07		23,456,937	18,965,273	42,422,210	37,366,491
Placements à long terme.....08					
Frais reportés liés aux dettes.....09			350,689	350,689	341,869
.....10		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....11		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400).....12		1,162,790	45,553	1,208,343	1,408,795
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12).....13		147,692,974	24,242,847	171,935,821	155,795,869
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403).....14		49,625,000	72,628,246	122,253,246	86,420,182
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408).....15					
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401).....16		61,826,626	12,862,084	74,688,710	72,176,631
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.....17		XXXX	15,296,350	15,296,350	6,125,013
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401).....18		26,992	1,220,095	1,247,087	1,258,862
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294).....19		49,630,633	59,252,383	100,942,996	107,665,481
.....20		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403).....21			122,561,639	122,561,639	113,909,962
Passifs environnementaux.....22		XXXX	559,500	559,500	559,500
.....23		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....24		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401).....25		5,356,995		5,356,995	4,749,006
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25).....26		166,526,296	284,340,297	450,866,593	392,854,637
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26).....27		(18,833,322)	(360,097,450)	(278,930,772)	(237,057,768)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422).....28		XXXX	263,141,082	263,141,082	221,818,478
Stocks de fournitures (FE: p360).....29		7,492,083	XXXX	7,492,083	7,230,392
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400).....30		2,298,729		2,298,729	1,810,298
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30).....31		9,790,812	263,141,082	272,931,894	230,859,168
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT.....32					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32).....33		(9,042,510)	3,043,632	(5,998,878)	(6,198,600)
Obligations contractuelles (pages 362 et 401)					
Éventualités (pages 362 et 401)					
Colonne 2: établissements publics seulement					
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro					
L.32 : applicable aux établissements privés seulement					

7.4. ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS

Nom de l'établissement : **CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE** Code : **1269-4659** Page : **206**

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
DÉJÀ ÉTABLIS.....01	(17,303,126)	(219,754,642)	(237,057,768)	(248,670,768)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures.....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures Page 297-00.....03				41,435,762
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
REDRESSÉ (L.01 à L.03).....04	(17,303,126)	(219,754,642)	(237,057,768)	(207,235,006)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29).....05	51,073	148,649	199,722	(624,816)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions (FI:P421).....06	XXXX	(55,808,599)	(55,808,599)	(42,352,225)
Amortissement de l'exercice (FI:P208).....07	XXXX	14,501,008	14,501,008	11,072,048
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208).....08	XXXX	368,804	368,804	
Produits sur dispositions (FI:P208).....09	XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P208).....10	XXXX			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-00).....11	XXXX			132,116
Intérêts capitalisés.....12	XXXX	(383,817)	(383,817)	(171,982)
Coûts indirects capitalisés.....13	XXXX			
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
(L.06 à L.13).....14	XXXX	(41,322,604)	(41,322,604)	(29,260,043)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures.....15	(56,081,371)	XXXX	(56,081,371)	(52,387,501)
Acquisition de frais payés d'avance.....16	(6,714,357)	XXXX	(6,714,357)	(6,420,088)
Utilisation de stocks de fournitures.....17	55,819,680	XXXX	55,819,680	52,437,810
Utilisation de frais payés d'avance.....18	6,228,926	XXXX	6,228,926	6,431,876
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18).....19	(750,122)	XXXX	(750,122)	62,097
Autres variations des surplus (déficits) cumulés.....20	(831,147)	831,147	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20).....21	(1,530,196)	(40,342,808)	(41,873,004)	(29,822,762)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21).....22	(18,833,322)	(260,097,450)	(278,930,772)	(237,057,768)

7.5. SOMME OU AVANTAGE REÇU D'UNE FONDATION OU D'UNE CORPORATION

7.5.1. FONDATION CHU SAINTE-JUSTINE

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation CHU Sainte-Justine (la « Fondation ») puisque la Fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit du CHU Sainte-Justine.

L'établissement a comptabilisé une contribution de 13 088 345 \$ (22 124 329 \$ en 2010-2011) de la Fondation au cours de l'exercice. Le solde à recevoir sur cette contribution au 31 mars 2012 totalise 7 300 820 \$ (11 202 632 \$ en 2010-2011). L'actif net de la Fondation au 31 mars 2012 est 79 115 830 \$ (69 279 918 \$ au 31 mars 2011). L'établissement fournit gratuitement à la Fondation des locaux pour y loger l'administration. L'établissement et la Fondation ont convenu d'un bail pour la gestion des activités commerciales (aire de services). Un loyer est calculé selon les superficies utilisées pour les locaux du casse-croûte et l'aire de services pour un montant de 47 613 \$ (46 532 \$ en 2010-2011), et un loyer est calculé en fonction des coûts d'entretien pour les terrains de stationnement pour un montant de 6 937 \$ (6 795 \$ en 2010-2011). Les contributions servent à financer les immobilisations du CHU Sainte-Justine. Le directeur général du CHU Sainte-Justine siège sur le conseil d'administration du CHU Sainte-Justine et de la Fondation. De plus, conformément à la loi, deux représentants de la Fondation siègent au conseil d'administration du CHU Sainte-Justine.

7.5.2. FONDATION MÉLIO

L'établissement détient également un intérêt économique dans la Fondation Mélio puisque la Fondation Mélio organise des levées de fonds exclusivement au profit du Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine. L'établissement a comptabilisé une contribution de 226 883 \$ (169 335 \$ en 2010-2011) de la Fondation Mélio au cours de l'exercice. Le solde à recevoir sur cette contribution au 31 mars 2012 totalise 153 246 \$ (259 208 \$ en 2010-2011). L'actif net de la Fondation Mélio au 30 juin 2011 est de 1 180 662 \$ (1 177 738 \$ au 30 juin 2010). Le Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine fournit gratuitement des locaux à la Fondation Mélio.

Le Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine permet à la Fondation Mélio d'exploiter certaines activités commerciales de levée de fonds, telles que vente de chocolat, exploitation de machine à café, vente de garage, bazar, sans recevoir de contrepartie en échange.

Les transactions sont effectuées dans le cours normal des affaires et sont comptabilisées à leur valeur d'échange.

7.6. NOTES PERTINENTES POUR LA COMPRÉHENSION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation tel que présenté à la page 200 du rapport financier annuel se solde à 51 073 \$ et l'excédent des revenus sur les charges du fonds d'immobilisations se solde à 148 649 \$.

Un rehaussement de la base budgétaire de 3 800 000 \$ a permis de rendre nulle la cible déficitaire initialement autorisée de 3 800 000 \$. Considérant que le CHU Sainte-Justine ne présente aucun écart cumulé à la cible depuis l'exercice 2003-2004, le Ministère a convenu, afin de souligner l'effort constant du CHU Sainte-Justine à respecter sa cible déficitaire, de rendre récurrent cet ajustement à la base budgétaire à compter du 1^{er} avril 2012. Cependant la récurrence de cet ajustement budgétaire est

tributaire des résultats audités pour l'exercice 2011-2012, tels que présentés au rapport financier annuel AS-471.

L'atteinte de l'équilibre budgétaire a été rendu possible grâce au financement par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux des activités réalisées par le CHU Sainte-Justine conformément aux ententes préalablement convenues :

- ▶ Les volumes additionnels (jours-présence) en néonatalogie (financement total de 4 000 000 \$);
- ▶ La conversion de 8 lits de soins intermédiaires de néonatalogie en lits de soins intensifs (financement de 1 200 000 \$);
- ▶ Les activités du centre de cancérologie : soit jours-présence additionnels, services ambulatoires additionnels et greffes additionnelles pour un financement total de 2 416 653 \$;
- ▶ Financement du gaz NO pour un montant de 625 000 \$;
- ▶ Financement des tests de laboratoire en génétique pour un montant de 1 534 535 \$;
- ▶ Financement des médicaments ambulatoires pour un montant de 2 432 800 \$.

7.7. DONNÉES COMPARATIVES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT ET EXPLICATION DES ÉCARTS SIGNIFICATIFS

Les revenus de l'Agence et du MSSS ont augmenté de près de 32 M\$. Cette augmentation est expliquée principalement par les éléments suivants :

▶ Indexation des salaires et fournitures, équité salariale Nouvelles conventions collectives	18,9 M\$
▶ Rehaussement de la base budgétaire	2,1 M\$
▶ Néonatalogie – conversion des lits	1,2 M\$
▶ Volumes additionnels cancérologie	0,5 M\$
▶ Médicaments spéciaux et ambulatoires	6,6 M\$
	<hr/>
Total	29,3 M\$

Les dépenses salariales ont augmenté par rapport à l'exercice précédent de près de 23,8 M\$. Cette hausse est principalement expliquée par des paiements d'environ 17 M\$ pour l'équité salariale et les hausses salariales relatives à l'application des nouvelles conventions collectives. Le solde de 6,8 M\$ constitue la hausse normale des salaires et avantages sociaux.

La hausse des dépenses de médicaments de 5,6 M\$ est causée principalement par l'augmentation des médicaments spéciaux pour lesquels l'établissement est fiduciaire du programme provincial et des médicaments ambulatoires. L'établissement a reçu une subvention du MSSS pour ces dépenses.

7.8. RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS

À noter que le rapport de l'auditeur est inclus dans le rapport financier annuel du CHU Sainte-Justine qui a été transmis à l'Agence.

8. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

8.1. TEXTE INTÉGRAL DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Voir l'annexe I.

8.2. NOMBRE DE CAS TRAITÉS ET SUIVI

Pour l'année 2011-2012, aucun cas n'a été traité et suivi.

8.3. MANQUEMENTS CONSTATÉS AU COURS DE L'ANNÉE, DÉCISIONS ET SANCTIONS IMPOSÉES

Pour l'année 2011-2012, aucun cas de manquement au code d'éthique n'a eu à être traité.

8.4. NOM DES PERSONNES RÉVOQUÉES OU SUSPENDUES AU COURS DE L'ANNÉE

Pour l'année 2011-2012, personne n'a été révoqué ou suspendu.

ANNEXE I

TEXTE INTÉGRAL DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE



**HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE**
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*
Pour l'amour des enfants

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Centre hospitalier universitaire mère-enfant
Sainte-Justine**

Entériné par le Conseil d'administration
le 27 octobre 1998

Université 
de Montréal



HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine

1. Dispositions générales

- 1.1 Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. Devoirs et obligations en général

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- 2.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- 2.3 Sauf s'il a une raison suffisante, le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil et voter lorsque requis.
- 2.4 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 2.5 Le membre du conseil d'administration doit agir, dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
CONSEIL D'ADMINISTRATION
CHU MÈRE-ENFANT SAINTE-JUSTINE

1

- 2.6 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.
- 2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit recevoir aucun traitement; il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement.
- 2.8 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

3. Conflits d'intérêts

- 3.1 Le membre du conseil d'administration ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens; il ne peut utiliser, à son profit ou au profit d'un tiers, les biens de l'établissement ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions, à moins qu'il ne soit autorisé à le faire (par les membres du conseil d'administration ou par les membres de la corporation).
- 3.2 Tout administrateur peut, même dans l'exercice de ses fonctions, acquérir, directement ou indirectement, des droits dans les biens qu'il administre ou contracter avec l'établissement; il doit cependant signaler aussitôt le fait à l'établissement en indiquant la nature et la valeur des droits qu'il acquiert, et demander que le fait soit consigné au procès-verbal des délibérations du conseil d'administration; il doit, sauf nécessité, s'abstenir de délibérer et de voter sur la question.
- 3.3 Le membre du conseil d'administration doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et ses obligations d'administrateur, il doit, sous peine de déchéance de sa charge divulguer par écrit au conseil tout intérêt qu'il a dans une entreprise ou une association susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêt, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'hôpital, indiquant, le cas échéant, leur nature et leur valeur; cette dénonciation d'intérêt est consignée au procès-verbal des délibérations du conseil d'administration. Il doit s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
- 3.4 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'exercice de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

- 3.5 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
- 3.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
- 3.7 Le fait pour le membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée aux articles 3.3 et 3.4, ne constitue pas un conflit d'intérêt si les actions de cette corporation se transigent sur une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de la *Loi sur les valeurs mobilières*.

4. Rémunération

- 4.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger pour son intérêt, directement ou indirectement, d'une personne soignée à l'établissement ou qui y reçoit des services, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération; il ne doit pas non plus solliciter, accepter ou exiger de toute autre personne un tel avantage ou considération qui soit de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 4.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

5. L'après-mandat

- 5.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

6. Régime de sanctions

- 6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- 6.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- 6.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- 6.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 6.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
- 6.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- 6.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- 6.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- 6.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.
- 6.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

7. La publicité du code

- 7.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- 7.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.
- 7.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
- a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
CONSEIL D'ADMINISTRATION
CHU MÈRE-ENFANT SAINTE-JUSTINE

6