



# Rapport annuel de gestion 2016-2017

Juin 2017

Amendé en date du 18 septembre 2017

## TABLES DES MATIÈRES

1	Message des autorités	page 3
2	Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	page 4
3	Présentation de l'établissement et les faits saillants	page 5
4	Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	page 26
5	Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	page 33
6	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	page 38
7	Ressources humaines de l'établissement	page 39
8	Ressources financières	page 40
9	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	page 85

### **ANNEXE 1**

Code d'éthique et de déontologies des membres du conseil d'administration unique

### **ANNEXE 2**

Règlement sur la régie interne du conseil d'administration unique CHUM - CHUSJ

## 1

## MESSAGE DES AUTORITÉS

Montréal, le 16 juin 2017

Rapportsannuels@msss.gouv.qc.ca

**Objet : Rapport annuel 2016-2017 du CHU Sainte-Justine**

Bonjour,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion 2016-2017 du CHU Sainte-Justine.

Grâce à une équipe mobilisée ainsi qu'à une collaboration grandissante avec les partenaires du réseau, le CHU Sainte-Justine a assuré la qualité de l'accès aux services pédiatriques spécialisés et aux mères, ce, dans un souci constant de performance.

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

Veillez recevoir, l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Président-directeur général

  
\_\_\_\_\_  
Fabrice Brunet

La présidente  
Conseil d'administration CHUM-CHUSJ

  
\_\_\_\_\_  
Geneviève Fortier

2

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Montréal, le 16 juin 2017

**Déclaration de fiabilité des données contenues  
dans le rapport annuel de gestion 2016-2017 du CHU Sainte-Justine**

---

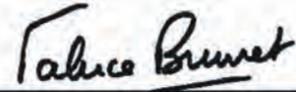
À titre de Président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion, ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 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 correspondent à la situation qui se présentait au 31 mars 2017.

Le Président-directeur général

  
Fabrice Brunet



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

### NOTRE 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 ultra-spécialisés
- 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.

### NOTRE VISION

Un réseau hospitalier universitaire intégrant les meilleurs soins et services, l'enseignement et la recherche pour les mères et les enfants du Québec.

Pour réaliser notre vision, il nous faut :

- Offrir des soins et des services de prévention et de réadaptation à la fine pointe de la science et de la technologie
- Générer sans cesse de nouvelles connaissances, les transférer sans délai auprès des équipes cliniques et évaluer leurs impacts
- Développer des partenariats nationaux et internationaux pour rester toujours à la fine pointe et assurer les meilleurs pratiques
- Multiplier les efforts de recherche et d'enseignement de qualité en pédiatrie, en périnatalité, en réadaptation et en promotion de la santé, en collaboration avec l'Université de Montréal et les grands réseaux de recherche
- Offrir un environnement permettant aux enfants, aux familles et aux équipes de trouver tous les éléments propres à restaurer leur équilibre de santé.

### NOS VALEURS

Pour accomplir sa mission, le CHU Sainte-Justine fait appel à de nombreuses personnes œuvrant dans de multiples domaines d'activités et provenant d'une grande diversité de disciplines, de formations et d'horizons sociaux.

Cette multiplicité d'acteurs trouve son unité d'action par l'adhésion à un ensemble de valeurs qui expriment l'idéal de l'institution et constituent la base de sa personnalité.

#### ● L'engagement auprès des mères et des enfants

Chacun, au CHU Sainte-Justine, contribue activement à l'atteinte de la mission et des orientations de l'établissement en développant ses compétences et en mettant son talent au profit de l'organisation. L'organisation reconnaît l'esprit d'initiative et encourage le développement des compétences et le rayonnement des individus dans leur champ d'expertise.

#### ● La quête de l'excellence

L'excellence se traduit par la volonté individuelle et organisationnelle d'accomplir son travail de manière remarquable, dans tous les domaines et de façon continue, notamment par l'innovation et la créativité au sein des équipes.

#### ● Le respect de l'individu

L'ensemble du CHU Sainte-Justine éprouve pour l'enfant, l'adolescent, la mère, la famille et la personne en général, un respect qui se reflète dans les actions, les attitudes, les paroles et les comportements de tous les intervenants, qu'il s'agisse des employés, des médecins, des cadres, des fournisseurs, des bénévoles ou des partenaires, non seulement à l'égard de la clientèle, mais aussi entre eux.

#### ● L'esprit de collaboration

La collaboration interne et externe est essentielle à la réalisation de la mission du CHU Sainte-Justine et doit s'exercer de manière assidue et efficace. Elle repose sur le travail en équipe dirigé vers un but commun. Chacun contribue à l'équipe et est reconnu comme membre à part entière.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION<sup>1</sup>

Au cours des premiers mois de 2016, on assiste à une reprise de la croissance démographique au Québec, suite au ralentissement connu en 2015. En effet, le 1er janvier 2016, la population était estimée à 8 287 800 personnes, soit 50 000 personnes de plus qu'au 1er janvier 2015, pour atteindre 8 326 100 personnes le 1er juillet 2016 (hausse de 1,07% en 18 mois). Cette hausse est reliée principalement à l'augmentation du nombre d'immigrants et de résidents non permanents, au cours de la même période.

En 2016, la proportion du nombre de femmes (50,3%) et d'hommes (49,7%) demeure la même qu'en 2015. Toutefois, ces proportions changent par rapport à la pyramide d'âges, puisqu'on compte plus de garçons, à la base de la pyramide, jusqu'au début de la soixantaine, pour ensuite laisser place aux femmes qui deviennent plus nombreuses du fait qu'elles vivent plus longtemps que les hommes. En 2016, les personnes centenaires sont au nombre de 1700, dont 91% sont des femmes.

Selon les groupes d'âge, la proportion des moins de 20 ans représente 20,6% de la population du Québec, celle des 20 à 64 ans, 61,3%, et celle des 65 ans et plus, 18,1%. L'âge moyen de la population en 2016 demeure identique à l'année précédente soit 41,9 ans. L'âge médian qui sépare la population en deux groupes égaux atteint 42,1 ans.

Par rapport à l'ensemble du Canada, il y a au Québec un nombre plus élevé de personnes âgées de 65 ans et plus (18,1 % contre 16,5 % au Canada) et moins de jeunes âgés de moins de 20 ans (20,6 % contre 21,8 % au Canada). Le groupe des 20-64 ans est presque semblable (61,3 % contre 61,7 % Canada). Enfin, le poids démographique du Québec, deuxième en importance au Canada, passe sous le seuil des 23% pour la première fois (22,9%), tandis que l'Ontario demeure bon premier avec un taux de 38,5% de la population canadienne.

### Migrations interrégionales<sup>2</sup>

Au cours de l'année 2015-2016, environ 193 500 personnes ont changé de région administrative, ce qui représente 2,4% de la population totale. Le nombre de migrants diminue depuis quelques années et varie selon le groupe d'âges. Ce sont les 20 -29 ans qui ont migré le plus (6%) et le pourcentage diminue par la suite chez les groupes de plus de 30 ans pour atteindre 1% chez les 65 ans et plus. Le vieillissement de la population contribue à cette baisse de la mobilité. Globalement, neuf régions administratives ont fait des gains dans leurs échanges migratoires internes en 2015-2016 et huit ont enregistré des pertes.

Les régions voisines de Montréal (Lanaudière, Laurentides et Montérégie) voient leurs gains s'accroître et se maintiennent en tête des régions gagnantes. Les gains sont absents dans la région de Laval et les pertes s'accroissent de nouveau sur la Côte-Nord.

- **Régions qui ont fait des gains :** Lanaudière (+2 581), Laurentides (+5 801), Montérégie (+6 286), Capitale-Nationale (+1 042), Chaudière-Appalaches (+957), Mauricie (+710), Centre-du-Québec (+913), Estrie (+930), Outaouais (+1 011);
- **Régions qui ont fait des pertes :** Montréal (-16 609), Laval (-178), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (-197), Bas-Saint-Laurent (-5), Côte-Nord (-1 479), Saguenay-Lac-Saint-Jean (-1 000), Abitibi-Témiscamingue (- 433), Nord-du-Québec (-330).

<sup>1</sup> Institut de la Statistique du Québec, Le bilan démographique du Québec, édition décembre 2016

<sup>2</sup> Institut de la Statistique du Québec, La migration interrégionale au Québec en 2015-2016, Coup d'œil sociodémographique, février 2017, numéro 50.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION (SUITE)

### Fécondité<sup>3</sup>

Deux facteurs expliquent le nombre de naissances : l'intensité de la fécondité et le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants. Au Québec, pour une 7<sup>e</sup> année consécutive, l'indice de fécondité affiche un recul, passant de 1,60 en 2015 à 1,59 en 2016, et ce, après avoir atteint un maximum en 2009, avec un indice de fécondité de 1,73. La fécondité a connu des creux à moins de 1,5 enfant par femme au début des années 2000 et vers le milieu des années 1980.

En 2016, la baisse de fécondité se situe dans les groupes d'âges de moins de 30 ans et est plus marquée chez les femmes de 20-24 ans et de 25-29 ans. Pour les femmes de plus de 30 ans, la hausse des taux semble se stabiliser. Depuis 2013, la fécondité chez les femmes de 30-34 ans est la plus élevée pour atteindre un taux de 108 naissances pour 1 000 femmes, en 2015 et 2016.

Par rapport à l'année dernière, l'âge moyen de la maternité passe de 30,5 à 30,6. Pour ce qui est de l'âge moyen à la naissance du premier enfant, il demeure à 29,0 ans. Ainsi, la première naissance en 2016 survient en moyenne 4 ans plus tard qu'en 1975.

#### Indice synthétique de fécondité dans les régions du Québec

Au cours des années 2000, la fécondité dans les régions affiche une évolution semblable à celle du Québec et ce jusqu'en 2009, suivi par la suite d'une baisse progressive.

Pour l'année 2016, le Nord-du-Québec arrive en tête du peloton des régions avec un indice synthétique de fécondité de 2,51 enfants par femme, tandis que Montréal se classe dernier avec 1,43 enfant par femme. Pour l'ensemble du Québec, l'indice synthétique de fécondité (la fécondité) est de 1,59 enfant par femme, passant sous la barre de 1,6 enfant par femme pour la première fois depuis 2005. Voici les résultats par région :

- Nord du Québec (2,51), Abitibi-Témiscamingue (1,92), Chaudière-Appalaches (1,84), Centre-du-Québec (1,79), Côte-Nord (1,78), Outaouais (1,72), Lanaudière (1,71), Saguenay-Lac-Saint-Jean (1,71), Bas Saint-Laurent (1,69), Montérégie (1,67), Laurentides (1,67), Mauricie (1,66), Estrie (1,61), Laval (1,56), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (1,49), Capitale-Nationale (1,48), Montréal (1,43).

### Naissances<sup>4</sup>

Au Québec en 2016, le nombre de naissances est estimé à 86 500<sup>5</sup>, soit une diminution de 400 naissances par rapport à l'année dernière. Depuis 2013, on assiste à une réduction du nombre de naissances, lequel s'était stabilisé entre 2009 et 2013 avec un nombre de naissances qui atteignait 88 933 en 2012. Depuis 3 ans, la baisse du nombre de naissances représente 2,7%.

Le rapport de masculinité à la naissance est d'environ 106 garçons pour 100 filles (105 en 2015), soit 44 500 garçons et 41 900 filles. Les naissances d'un premier né représentent 44 % des bébés, 36 % sont de rang 2 et 20% sont considérés comme des naissances de rang élevé (3 ou plus). Depuis quelques années, les naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.) tournent autour de 3%.

La proportion d'enfants issus de parents non mariés est de 63%, tendance qui se stabilise depuis le milieu des années 2000. On évalue à 11% le nombre de nouveau-nés qui ont un seul de leurs parents né dans un autre pays, tandis que 20% ont deux parents nés à l'étranger. Pour l'ensemble, 30% des nouveau-nés au Québec ont au moins un parent né à l'étranger en 2016, alors que cette proportion était de 16% il y a 20 ans.

### L'espérance de vie<sup>6</sup>

Les données provisoires de 2016 démontrent que pour les hommes, l'espérance de vie est de 80,8 ans, et de 84,5 ans pour les femmes, ce qui représente par rapport à 2015, une hausse respectivement de 0,6 année (7 mois) et de 0,4 année (4 mois). Depuis 2010-2012, la progression moyenne est de 3,2 mois par année pour les hommes et de 2 mois par année pour les femmes.

À l'échelle nationale<sup>7</sup>, les Québécois et les Québécoises demeurent en 3<sup>e</sup> place au niveau de l'espérance de vie, derrière la Colombie Britannique (1<sup>er</sup>) et l'Ontario (2<sup>e</sup>). Au niveau international, ce sont les femmes du Japon (86,8 ans) et les hommes de l'Islande (81,3 ans) qui ont l'espérance de vie la plus élevée (rapport OCDE 2016, données 2014). En 2015, la durée de vie moyenne au Québec est supérieure à celle observée aux États-Unis, soit 3,9 ans de plus chez les hommes et 2,9 ans de plus chez les femmes (National Center for Health Statistics, 2016).

<sup>3</sup> Girard, Chantale, Institut de la Statistique du Québec, *Les naissances au Québec et dans les régions en 2016*, Coup d'œil sociodémographique, avril 2017, numéro 54.

<sup>4</sup> Girard, Chantale, Institut de la Statistique du Québec, *Les naissances au Québec et dans les régions en 2016*, Coup d'œil sociodémographique, avril 2017, numéro 54.

<sup>5</sup> Statistiques du Québec, données provisoires

<sup>6</sup> Institut de la Statistique du Québec, *La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2016*, Coup d'œil sociodémographique, mars 2017, numéro 55.

<sup>7</sup> À noter que les données des années 2013 à 2016 sont provisoires afin d'assurer la meilleure complétude et qualité possible.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION (SUITE)

### Décès<sup>8</sup>

Le bilan de la dernière année en regard du nombre de décès est remarquable considérant celui des 4 dernières années au Québec, où la surmortalité hivernale fut particulièrement élevée au cours des hivers 2012-2013 et 2014-2015. L'estimation provisoire du nombre de décès survenus au Québec en 2016 s'élève à environ 63 600, soit une baisse de 1, 2% par rapport à 2015 (64 400). Cette diminution est constatée chez les deux sexes, mais plus marquée chez les hommes. Toutefois, le nombre de décès chez les femmes par année demeurent plus élevé que celui des hommes depuis quelques années.

### *La mortalité infantile<sup>9</sup>*

On peut mentionner qu'au Québec, depuis une quinzaine d'années, la mortalité infantile (décès avant l'âge d'un an) demeure stable. En 2016, c'est près de 400 décès qui sont enregistrés (données provisoires), ce qui représente un taux de mortalité infantile de 4,5 pour mille naissances (sexes réunis). Ce taux correspond à 5,0 pour mille dans le reste du Canada en 2013, de 5,9 pour mille aux États-Unis en 2015, et est égal ou inférieur à 5 pour mille pour la grande majorité des pays de l'OCDE en 2014.

<sup>8</sup> Institut de la Statistique du Québec, La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2016, Coup d'œil sociodémographique, mars 2017, numéro 55.

<sup>9</sup> Idem

## LA VOCATION SUPRARÉGIONALE À L'ÉGARD DE CERTAINS SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

### Centre de coordination en périnatalogie du Québec

- Réorienter les mères à risques d'accouchement prématuré dans un centre répondant au niveau de soins requis
- Réorienter les bébés nés prématurément et/ou avec une condition médicale nécessitant des soins spécialisés
- Entrée de données dans un système informatisé
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

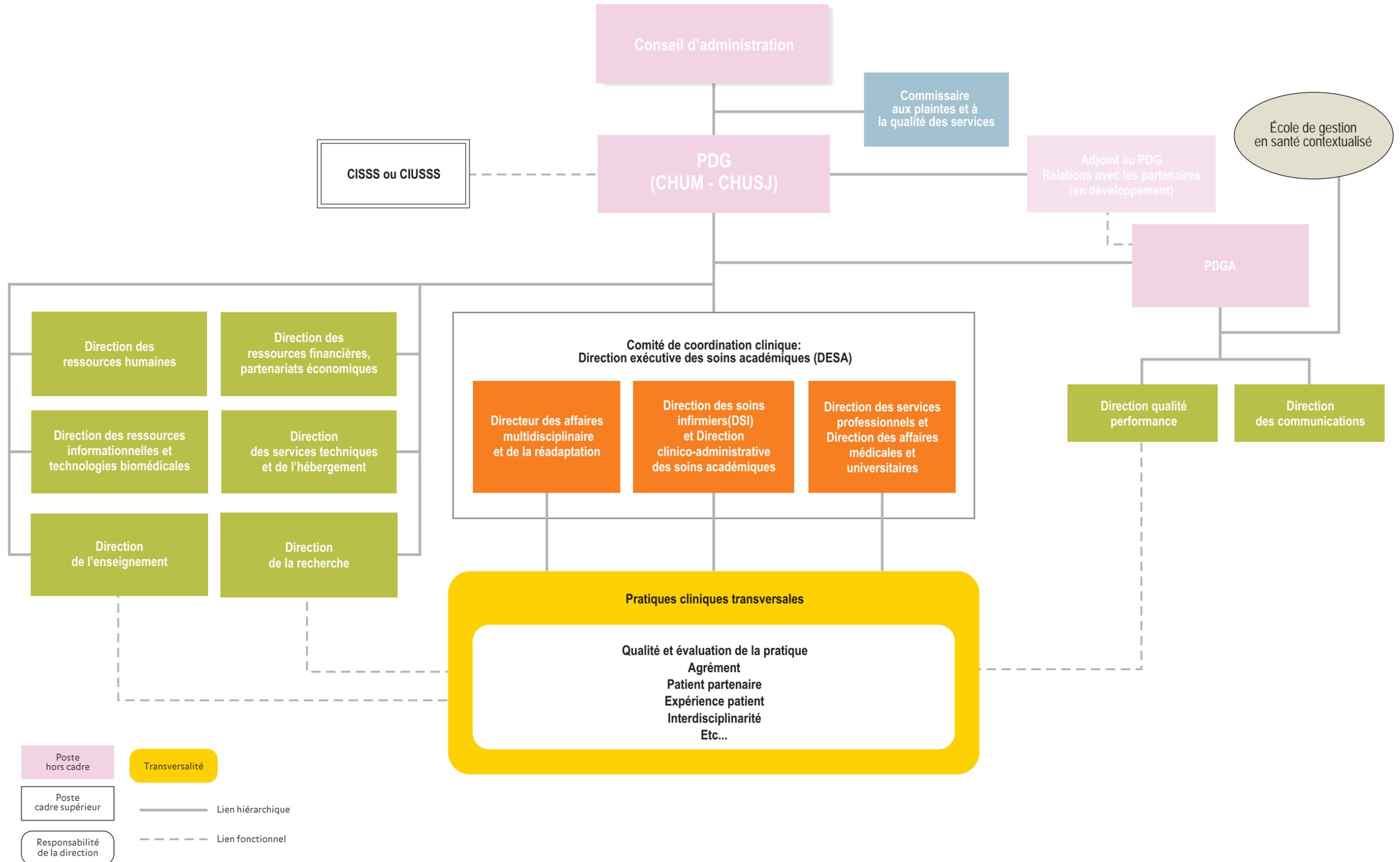
### Programme provincial d'alimentation entérale et parentérale à domicile

- Donner l'enseignement au patient et/ou sa famille en lien avec le gavage et/ou une hyperalimentation à domicile pour la clientèle du CHU Sainte-Justine
- Fournir à tous les patients de moins de 18 ans du Québec (à l'exception des patients de l'Hôpital de Montréal pour enfants), recevant un gavage (pour une période de moins de deux ans) et/ou une hyperalimentation à domicile, une pompe, des tubulures et autres fournitures
- Suivi clinique des patients du CHU Sainte-Justine
- Tenue de dossier et des états financiers
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

### Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile

- Fournir à tous les patients de plus de 18 ans du Québec, recevant un gavage (pour une période de plus de deux ans), une pompe, des tubulures et autres fournitures
- Tenue de dossiers et des états financiers
- Rapports mi-annuel et annuel
- Mandat provincial

# STRUCTURE DE L'ORGANISATION



## CONSEIL D'ADMINISTRATION REGROUPEMENT CHUM – CHU SAINTE-JUSTINE COMITÉS DU CA – 2016-2017

Comité	Exigences de la LSSSS et du RRI	Membres	Président	Direction en soutien
Gouvernance et éthique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min. 5 membres du CA</li> <li>• Majorité de membres indépendants</li> <li>• Président=membre indépendant</li> </ul>	Hélène Desmarais Michel Lamontagne Matthew Pearce Fabrice Brunet, PDG	Louise Champoux-Paillé	<b>CHUM</b> Danielle Fleury, PDGA Lise Boisvert, ass. adm. DG, <b>CHU Sainte-Justine</b> Isabelle Demers, PDGA Sylvie Beaulieu, sec. gen.
Vigilance et qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 membres :</li> <li>• PDG membre d'office</li> <li>• Commissaire local membre d'office</li> <li>• 3 autres membres = Membres du CA qui ne travaillent pas ou n'exercent pas leur prof. au sein de l'établissement et l'un de ces trois = Représentant du CU</li> </ul>	Marie-Pierre Bastien observateur Mario Brunet (en alternance) Joumana Fawaz observateur Lysanne Goyer observateur Yves Théoret observateur Josée Veillette (en alternance) Fabrice Brunet, PDG  Commissaire local CHUM (en alternance) Commissaire local CHUSJ (en alternance)	Michel Lamontagne	<b>CHUM</b> Danielle Fleury, PDGA Jeanne-Evelyne Turgeon, directrice, direction de la qualité, de l'évaluation et de la planification stratégique (DQEPPS) (Personne ressource et participante au comité- non membre) Thierry Lunel, sec. de la directrice Geneviève Frenette, commissaire locale aux plaintes et à la qualité  <b>CHU Sainte-Justine</b> Isabelle Demers, PDGA Geneviève Parisien, directrice adjointe qualité performance à la PDGA Pascale Valois, commissaire locale aux plaintes et à la qualité Karolyn Bonin-Renaud, sec. Josée Lamarche, observateur Valérie Lamarre, observateur Hélène Sabourin, observateur

Suite page suivante ➔

## CONSEIL D'ADMINISTRATION REGROUPEMENT CHUM – CHU SAINTE-JUSTINE COMITÉS DU CA – 2016-2017 (suite)

Comité	Exigences de la LSSSS et du RRI	Membres	Président	Direction en soutien
Vérification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min : 3 membres du CA</li> <li>• Majorité de membres indépendants</li> <li>• Président=Membre indépendant</li> <li>• Au moins un des trois membres= Compétence en matière comptable ou financière</li> </ul> Aucun membre ne peut travailler ou exercer sa prof. au sein de l'établissement	Régent L. Beaudet  Jean Rochon	Robert Dandurand	<b>CHUM</b> Jocelyn Boucher, DGA – aff. administratives Dominique David, secrétaire du DGA aff. adm. André Lévesque, dir. ressources financières Richard Gascon, dir. budget / perf. économique Dominique David, sec du DGA aff. adm.  <b>CHU Sainte-Justine</b> Antonio Bucci, directeur des ress. financières et des partenariats économiques Pierrette Roy, sec. Isabelle Demers, PDGA
Révision des plaintes médicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 membres :</li> <li>• Président=membre du CA qui ne travaille pas ou n'exerce pas sa prof. au sein de l'établissement</li> <li>• Les deux autres membres nommés parmi les membres du CMDP de l'établissement</li> </ul>	<b>CHUM</b> Dr P Daloze (CMDP-CHUM) Dr R Clermont (CMDP-CHUM)	Louise Champoux-Paillé Un président substitut à nommer	<b>CHUM</b>
		<b>CHUSJ</b> Louise Caouette-Laberge Sophie Laberge	Louise Champoux-Paillé Un président substitut à nommer	<b>CHU Sainte-Justine</b> Pascale Valois, commissaire aux plaintes et à la qualité des services  Karolyn Bonin-Renaud, sec.
Évaluation mesures disciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 membres du CA:</li> <li>• Au moins trois membres ne travaillent pas ou n'exercent pas leur prof. au sein du CHUM ou du CHUSJ</li> </ul>	Jean Rochon Michel Lamontagne Fabrice Brunet, PDG	Michel Simard	<b>CHUM et CHU Sainte-Justine</b> Nathalie Lecoq, avocate

## CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHU SAINTE-JUSTINE - CHUM - 2015 - 2018

### Collège électoral : indépendants

**Madame Geneviève Fortier, présidente**  
Compétence en gouvernance ou éthique

**Monsieur Régent L. Beaudet**  
Compétence en ressources immobilières,  
informationnelles ou humaines

**Madame Louise Champoux-Paillé**  
Compétence en gouvernance ou éthique

**Monsieur Robert Dandurand**  
Compétence en gestion des risques,  
finance et comptabilité

**Madame Hélène Desmarais**  
Compétence en gestion des risques, finance  
et comptabilité

**Monsieur Michel Lamontagne**  
Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

**Monsieur Matthew Pearce**  
Compétence en gouvernance ou éthique

**Monsieur Jean Rochon**  
Compétence en vérification, performance ou gestion  
de la qualité

**Monsieur Michel Simard**  
Compétence en ressources immobilières,  
informationnelles ou humaines

À venir

### Collège électoral : université

**Docteure Hélène Boisjoly**  
**Docteur Guy Breton**

### Collège électoral : infirmiers(eres)

**Madame Marie-Pierre Bastien** CHUSJ  
**Madame Joumana Fawaz** CHUM

### Collège électoral : médecins, dentistes et pharmaciens

**Docteure Pascale Audet** CHUM  
**Docteure Maria Buithieu** CHUSJ

### Collège électoral : multidisciplinaire

**Madame Lysanne Goyer** CHUM  
**Monsieur Yves Théoret** CHUSJ

### Collège électoral : usagers

**Monsieur Mario Brunet** CHUM  
**Madame Josée Veillette** CHUSJ

### Collège électoral : médecine générale (DRMG)

**Docteure Marie-Chantal Pelletier**

### Collège électoral : pharmacien (comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP))

**Monsieur Denis Bois**

### Président-directeur général

**Docteur Fabrice Brunet**

Le code d'éthique et de déontologie des membres du  
Conseil d'administration se trouve en annexe du rapport  
annuel de gestion.

## COMITÉ DE DIRECTION – CHU SAINTE-JUSTINE

**Fabrice Brunet**

Président-directeur général

---

**Isabelle Demers**

Présidente-directrice générale adjointe

---

**Nomination à venir**

Directrice des ressources humaines

---

**Sarah Bouchard**

Directrice des technologies de l'information

---

**Christine Boutin**

Directrice de l'enseignement

---

**Antonio Bucci**

Directeur des ressources financières et partenariats économiques

---

**Marc Girard**

Directeur des affaires médicales et universitaires

---

**Anne-Julie Ouellet**

Directrice des communications

---

**Marie-Claude Lefebvre**

Directrice des services techniques et hébergement

---

**Marie-Claude Lefebvre**

Directrice intérimaire de *Grandir en santé*

---

**Geneviève Parisien**

Directrice qualité performance

---

**Maryse St-Onge**

Directrice des affaires multidisciplinaires et de la réadaptation

---

**Claude Fortin**

Directeur des soins infirmiers

---

**Jacques Michaud**

Directeur de la recherche

---

## COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

### Réalisations

- Règlement sur la régie interne du conseil d'administration unique CHUM-CHUSJ
- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration
- Réception de l'engagement et affirmation de chaque administrateur en regard des conflits d'intérêts (Annexe 1)
- Réception de la Déclaration des intérêts des administrateurs (Annexe III)
- Évaluation annuelle du fonctionnement du CA

### Plan de travail potentiel pour les prochains mois

Règlements ou Politiques ou autres sujets	Priorité	Échéance au CA 2016-2017
Politique de divulgation d'actes répréhensibles en milieu de travail		
Suggestion de notre auditeur; le comité de vérification y travaille déjà)		
Politique pour l'évaluation annuelle du fonctionnement du CA		
Politique pour les règles de fonctionnement des comités		
Politique de formation continue pour les administrateurs		
Profil de compétence des administrateurs		
Politique de rendement du commissaire aux plaintes et à la qualité de service (comité de vigilance)		

Les comités, les conseils et les instances consultatives

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

### Composition et responsabilités du conseil

#### Composition

Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire est composé de membres élus par et parmi les membres du Conseil multidisciplinaire, du directeur des affaires multidisciplinaires et du président-directeur général ou de la personne qu'il désigne à cette fin. Le mandat de tout membre élu est de deux ans.

Comme stipulé à l'article 227 de la Loi, « le Conseil multidisciplinaire est responsable envers le Conseil d'administration : constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

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

#### Responsabilité envers le directeur général

Tel que mentionné à l'article 228 de la loi, le CM est « responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

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

#### Responsabilité envers ses membres

Le CM se fait le porte-parole des diverses réalités cliniques de ses membres auprès des différentes instances du CHU Sainte-Justine. Il voit aux conditions nécessaires à la délivrance de soins et de services de la qualité aux enfants et à leurs parents. Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) s'active à la reconnaissance de la contribution de ses membres au bon fonctionnement du CHU Sainte-Justine.

### Objectifs et réalisations

- Émettre un avis en lien avec OPTILAB afin de s'assurer du maintien de la qualité de l'acte professionnel du maintien de l'expertise pédiatrique
- Revoir et faire adopter par le CA les nouveaux règlements selon le nouveau guide du Ministère
- Améliorer les pratiques professionnelles en lien avec la création et le support donné aux différents comités de pairs
- Soutenir les professionnels qui ont reçu une bourse du programme de bourse du CM
- Créer un comité pour le maintien et la promotion de la compétence de ses membres (CMPC)
- Revoir les titres d'emploi des membres du CM et mettre à jour la liste de nos membres
- S'inspirer de la planification stratégique 2015-20 pour créer une salle de pilotage
- S'impliquer dans divers comités ou groupes de travail

### Prix distinction du CM

Plusieurs personnes ont reçu un prix distinction du CM

### Programme de bourses pour les membres du CM

Plusieurs personnes ont obtenu une bourse selon les critères de sélection



## COMITÉ DES USAGERS

### Mandat général du comité

Le Comité des usagers est le gardien du respect des droits des usagers du CHU Sainte-Justine et de ceux du Centre de réadaptation Marie-Enfant.

### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

#### Mandat général du comité

Le Comité des usagers est le gardien du respect des droits des usagers du CHU Sainte-Justine et de ceux du Centre de réadaptation Marie-Enfant.

#### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Deux grands objectifs spécifiques ont guidé ses actions durant l'année 2016-2017 :
  1. Continuer à consolider la collaboration entre le CDU et l'établissement
  2. Mettre en place les bases solides d'un fonctionnement pérenne.

#### Le CDU s'était également fixé les objectifs suivants

- Augmenter la connaissance globale et valoriser la connaissance acquise des unités de l'institution par ses membres, pour permettre d'élargir son champ d'intervention.
- Se faire connaître davantage auprès du personnel médical, des gestionnaires, des groupes professionnels et des bénévoles.
- S'impliquer activement dans des dossiers jugés prioritaires pour le CDU et toujours en cours (ex: patient partenaire, projet modernisation de l'existant, salle familiale du service)
- Renforcer davantage la présence et l'implication des bénévoles du CHUSJ et du CRME
- Collaborer à la réflexion Sainte-Justine au futur et poursuivre son implication à l'implantation du partenariat de soins.
- S'impliquer activement dans l'analyse des sondages de satisfaction, dans la prise en charge et les suivis des plans d'amélioration afin de continuer d'améliorer les soins centrés sur le patient et la famille. Développer un outil d'évaluation proposé par le CDU (sondage interactif sur tablettes iPad).
- Diffuser le plan stratégique et les actions prioritaires aux gestionnaires de l'établissement.
- Contribuer activement à la Grande Traversée vers le nouveau BUS.
- Resserrer les liens avec les usagers en facilitant la proximité entre la personne-ressource et les usagers au CHU Sainte-Justine, et par un contact régulier avec le CRME.

### Bilan des activités

Statistiques des demandes de consultation et d'assistance des usagers :

- Nombre de réunions du CDU incluant l'assemblée générale annuelle : 9
- Nombre de demandes adressées au CDU par des usagers : 26 (en légère augmentation de 16 %, démontrant la visibilité croissante du CDU auprès des usagers).
- Nombre de demandes adressées au CDU par des CDU d'autres établissements : 1 (inchangé par rapport à l'année financière antérieure).
- Nombre de demandes de contribution pour des projets particuliers au sein de l'établissement : 6 (en baisse de moitié, à hauteur de 54 % - cette diminution est liée à une meilleure communication des conditions possibles de partenariat avec le CDU au regard de son cadre de référence et de son nouveau protocole de trésorerie).
- Nombre de demandes adressées au CDU par des professionnels de la santé : 10 (en légère baisse, de 24 % - cette diminution souligne la nécessité de continuer à se faire connaître auprès des gestionnaires de services et employés du CHUSJ qui constituent de véritables relais auprès des usagers et qui sont également concernés par les conditions d'amélioration possible au sein de l'institution).

#### Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Réflexion pour l'élaboration d'un projet de livre illustrant les 12 droits des usagers.
- Participation aux Journées Portes ouvertes pour présenter les nouveaux locaux et présence des usagers lors du déménagement.
- Participation à la Semaine des usagers
- Poursuite de la contribution du CDU à la trousse d'accueil des enfants du CRME.
- Création d'une page Facebook, pour mieux faire connaître le CDU et ses missions.

#### Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

- Consultation et accompagnement de plusieurs équipes sur différents comités internes.
- Valorisation d'actions ou de personnes participant à l'amélioration de ces conditions



## COMITÉ DES USAGERS (SUITE)

### Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Contribution à l'élaboration du sondage Expérience-patient pour l'ambulatoire au CRME.
- Suivi du projet des sondages sur iPad.
- Organisation d'un sondage effectué auprès des usagers à l'occasion des fêtes de Noël.

### Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Implication du CDU dans le dossier Optilab, projet ministériel visant, entre autres, à créer un grand laboratoire biomédical optimisé qui centraliserait la majeure partie des analyses effectuées à la fois au CHUSJ et au CHUM dans les locaux du CHUM (lettre adressée au Ministère)
- Partage des préoccupations des membres à l'agente de liaison.
- Renouvellement des adhésions auprès du Conseil pour la protection des malades et du Regroupement Provincial des Comités d'usagers (RPCU).

### Indicateurs de suivi utilisés

- Un tableau de bord des demandes d'assistance permet d'identifier les différentes causes de consultation et de faire les suivis
- Un suivi des plans d'amélioration découlant des sondages de satisfaction de la clientèle réalisés pour permettre l'identification des actions prioritaires.
- La mise à jour du plan stratégique et du plan d'action annuel
- Les rencontres statutaires avec l'agente de liaison

### Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

- Le PDG a été rencontré pour positionner les enjeux actuels et futurs, les forces et les grands défis du CHUSJ et du CRME
- Le CDU a renforcé sa collaboration avec l'établissement, avec notamment la mise en place de rencontres statutaires avec l'agente de liaison.
- Le Comité s'est doté de nouvelles procédures et de nouveaux outils en matière de gouvernance (règlements revisités, redéfinition du rôle de chacun, etc.)
- Un tableau de suivi permet de répertorier l'implication des membres dans les comités
- Des sous-comités de travail ont été instaurés au sein du CDU pour renforcer le suivi des dossiers et des projets en cours et jugés prioritaires
- Le Comité a été impliqué activement dans le projet de la Grande Traversée, avec la présence de ses membres lors des Journées portes ouvertes et le jour même du déménagement.

### Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Cibler et adresser au CA les enjeux prioritaires quant aux besoins collectifs des patients
- Rediriger les enjeux spécifiques pour qu'ils soient pris en charge par les gestionnaires concernés
- Faire de l'humanisation une priorité pour le CDU et s'impliquer dans les dossiers de l'institution en conséquence ou au besoin démarrer ou s'impliquer dans des projets à sa mesure
- Être vigilant quant au contexte dans lequel évolue le CHUSJ, incluant le CRME (politique, financier, etc.) et réagir dans le meilleur intérêt des patients et de leur famille.
- Faire connaître le CDU auprès des usagers et des équipes, en menant différentes actions pour présenter son rôle, et via une implication comme représentant des patients.

En garantissant les conditions d'actions adaptées au contexte d'intervention, qui se traduira par la rédaction d'un nouveau plan stratégique triennal pour la période 2019-2021.

### En conclusion

La démarche structurante renforcée des deux dernières années au sein du Comité des usagers est menée dans le but de toujours mieux servir les intérêts des usagers, en étroite collaboration avec l'établissement. Il continuera à maintenir ses actions dans ce sens, parce que les usagers sont au cœur de ses préoccupations et qu'il est important pour lui de toujours « donner au suivant ».

Il n'existe pas, pour le moment, de Comité de résidents au CRME du CHU Sainte-Justine. Le Comité des usagers représente donc également les intérêts des résidents du CRME. Il y a eu création d'un sous-comité CRME, afin d'être au plus proche des préoccupations des familles.

## LE COMITÉ DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

### Comité exécutif du CMDP

- Dre Valérie Lamarre, présidente
- Dre Mona Beaunoyer, vice-présidente
- Dr Denis Bérubé, secrétaire-trésorier
- Dre Céline Huot, conseillère
- Dr François Beaudoin, conseiller
- Dr Éric Drouin, conseiller
- Dre Maria Buithieu, représentante du CMDP au CA
- Dr Fabrice Brunet, président-directeur général
- Mme Isabelle Demers, présidente-directrice générale adjointe
- Dr Marc Girard, directeur des services professionnels (DAMU)

En 2016-2017, le CMDP a 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. Nous avons revu les recommandations du comité d'éthique à la recherche (CÉR) sur les projets de recherche qui lui ont été soumis. L'exécutif a convenu en mars 2017, en collaboration avec la présidente du CÉR, que les procès-verbaux du CÉR ne seraient désormais plus transmis au CECMDP pour révision. L'exécutif sera seulement intégré dans le mécanisme de suivi en cas de problème scientifique ou éthique relié à un médecin ou dentiste du CMDP.

Au cours de l'année, le comité exécutif du CMDP a été interpellé et/ou a procédé dans le cadre de différents dossiers, entre autres :

- Projet Optilab;
- Contrôle et prévention des infections (CEPCI-COPCI);
- Sédation palliative continue au CHU Sainte-Justine;
- Suivi du comité ad hoc Sédation/anesthésie et cathétérismes cardiaques;
- Planification du déménagement vers le BUS, La Grande traversée;
- Gestion des risques;
- Présentation Confidentialité – Appareils personnels lors d'une réunion du CECMDP;

- Suivi du dossier Mycobacterium chimaera – Générateurs thermiques
- Inspection professionnelle du Collège des médecins;
- Dossier Clinique informatisé (DCi) / CristalNet / Oacis);
- Technopôle de réadaptation – médecine physique;
- Suivi des recommandations des comités de discipline;
- Mise sur pied d'un comité de réflexion du CMDP suite au décès d'un membre du CMDP;
- Mise sur pied d'un nouveau comité de sédation/analgésie (multidisciplinaire);

Le Comité exécutif du CMDP a recommandé favorablement, auprès du Conseil d'administration unique CHUSJ-CHUM, les nominations de trois (3) chefs de département, soit pour le Département d'anesthésie-réanimation, le Département de médecine dentaire et le Département d'obstétrique-gynécologie. Trois (3) comités de discipline sont en cours, dont une (1) plainte à l'étude par le comité de discipline permanent.

La présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a siégé sur plusieurs tables de discussion.

Principaux nouveaux enjeux envisagés pour la prochaine année :

- Surveillance des impacts de l'implantation d'Optilab sur la qualité des soins;
- Surveillance de l'impact des changements dans le Réseau de la santé sur la qualité des soins.

### Composition du Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

- |  |   |
|--|---|
| ● Dre Guylaine Larose, présidente, urgentiste                            | ● Dr François Proulx, intensiviste                  |
| ● Dr Gilles Girouard, vice-président, anesthésiste                       | ● Dre Marianna Zarrelli, psychiatre                 |
| ● Dre Danielle Taddeo, secrétaire, pédiatre                              | ● Dr Marc Girard, directeur de la DAMU              |
| ● Dr Nelson Piché, chirurgien<br>(en alternance avec la Dre Ann Aspirot) | ● Dr Guy Grimard, orthopédiste                      |
| ● Dre Chantal Buteau, infectiologue                                      | ● Dre Marie-Claude Miron, radiologue                |
| ● Dr Christian Lachance, néonatalogiste                                  | ● Mme Audrey Comtois, archiviste médicale           |
| ● Dr Denis Lebel, pharmacien   | ● Dre Sarah Mousseau, fellow en urgence pédiatrique |
| ● Dre Suzy Gascon, obstétricienne-gynécologue                            | ● Dr Philippe Piché-Renaud, résident en pédiatrie   |

## CMDP (SUITE)

Le Comité central a procédé à la révision des procès-verbaux des sous-comités, de différentes études par critères explicites et études de dossiers. Un tableau des recommandations qui émanent des sous-comités est mis à jour mensuellement afin de mieux documenter les recommandations et d'en assurer le suivi. Un tableau permettant de documenter l'étude des cas de mortalité par les sous-comités est également mis à jour et suivi régulièrement. À la demande du Collège des médecins du Québec, les procès-verbaux du Comité central pour l'année 2015-2016 ont été transmis au Collège.

Le Comité central a continué à stimuler et à supporter les divers sous-comités dans leur mandat d'amélioration de la qualité de l'acte médical.

### Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie est composé de onze (11) membres. Il a évalué et produit les règles d'utilisation des produits suivants en vue de leur addition à notre liste locale de médicaments :

- Iobenguane (MIBG thérapeutique);
- Défibrotide pour le traitement des maladies veino-occlusives;
- Dextrose dans la prise en charge de l'hypoglycémie chez la personne consciente;
- Diméthicone pour le traitement de la pédiculose (évaluation seulement).

Aucun médicament n'a été retiré de notre liste. Au cours de l'année, nous avons évalué différentes situations et/ou spécialités médicales afin de prendre position quant à leurs conditions d'utilisation au sein du CHU Sainte-Justine :

- Conditions d'utilisation des médicaments administrés par voie intra-nasale. Cette analyse a soulevé également la problématique des dispositifs médicaux destinés à l'administration de médicaments, pour lesquels une surveillance mériterait d'être menée afin de s'assurer de leur bonne utilisation et de leur efficacité
- Politiques et procédures de service de la marijuana thérapeutique
- Conditions d'utilisation des médicaments biosimilaires. Ce point a fait l'objet d'une analyse exhaustive en collaboration avec le Programme de Gestion Thérapeutique des Médicaments (PGTM). L'analyse a montré que ce groupe de médicaments est hétérogène et qu'une évaluation individuelle devra être menée pour déterminer les règles d'utilisation pour chacun des nouveaux produits. Une surveillance des décisions des instances législatives concernant les biosimilaires de l'infliximab (Inflextramd) et du filgrastim (Grastofilmd), et de la place qu'ils occuperont sur le marché québécois et dans les centres hospitaliers universitaires, a été effectuée et devra se poursuivre au cours de la prochaine année.

Nous nous sommes tenus informés de la surveillance des médicaments émergents. À titre d'exemple, l'analyse des données détaillant l'utilisation du défibrotide a permis de définir un cadre d'utilisation de ce produit dans les situations de maladies veino-occlusives. Une règle d'utilisation a pu être validée aboutissant à la création d'une FOPR pour ce produit dans cette indication.

Nous nous sommes impliqués dans l'évaluation des médicaments à Nécessité Médicale Particulière (NMP) utilisés dans l'établissement, comme le stipule la circulaire ministérielle (2016-030). En toute première analyse, il en ressort que les NMP représentent environ 14% des ordonnances prescrites. Un tiers de ces NMP ont déjà fait l'objet d'une évaluation locale et possèdent une règle d'utilisation.

Nous nous sommes tenus informés de la surveillance des effets indésirables des médicaments, effectuée par le service de pharmacovigilance du Département de pharmacie.

Nous avons aussi formé un sous-comité pour optimiser la gestion des électrolytes. L'objectif final de ce travail est de mettre en place les conditions requises, indispensables pour supprimer à moyen terme l'utilisation d'électrolytes concentrés sur les unités de soins.

Le Comité de revue d'utilisation des antimicrobiens (CRUAM) a débuté et poursuivi plusieurs travaux, faisant notamment suite aux recommandations du PGTM quant à la gestion de l'antibioprophylaxie chirurgicale, l'utilisation des antifongiques et la place de la micafongine en pédiatrie. L'analyse des données de consommation des anti-infectieux est en cours.

## CMDP (SUITE)

## Nominations du CMDP

Médecin	Département	Service	Période de chefferie	1 <sup>er</sup> nomination OU Renouvellement	Date lettre DAMU	Date Comité CMDP	Conseil d'administration
Chantal Crochetière	Anesthésie-réanimation		2016-06-17 au 2020-06-17	1er nomination	Rapport du 31-05-2017	2016-06-08	2016-06-17
Abela Anthony	Chirurgie	ORL	2016-07-01 au 2018-12-01	1er nomination	2016-05-16	2016-09-14	2016-09-23
Chevalier Isabelle	Pédiatrie	Pédiatrie générale	2016-06-30 au 2020-06-30	Renouvellement	2016-07-18	2016-09-14	2016-09-23
Duperron Louise	Obstétrique-Gynécologie		Démission de chefferie le 01-02-2017	Démission	2016-11-11	2017-12-07	2016-12-16
Asselin Marie-Eve	Médecine dentaire		2017-02-24 au 2019-02-24	Renouvellement	Rapport du 10-01-2017	2017-01-11	2017-02-24
Duval Michel (Nomination conjointe)	Pédiatrie	hématologie-oncologie	2016-12-01 au 2019-06-30	Renomination	2017-01-10	2017-01-25	2017-02-24
Pastore Yves (Nomination conjointe)	Pédiatrie	hématologie-oncologie	2016-12-01 au 2019-06-30	Renomination	2017-01-10	2017-01-25	2017-02-24
Duperron Louise	Obstétrique-Gynécologie		2017-02-01 au 2017-05-01	Chef intérimaire	2017-01-25	2017-01-25	2017-02-24
Powell Julie	Pédiatrie	Dermatologie	2016-11-30 au 2020-11-30	Renouvellement	2017-03-14	2017-03-22	2017-04-28
Haddad Elie	Pédiatrie	Immunologie-allergie- rhumatologie	2017-01-31 au 2021-01-31	Renouvellement	2017-03-14	2017-03-22	2017-04-28
Laberge Malo Marie	Pédiatrie	Médecine physique et réadaptation	2016-08-31 au 2020-08-31	Renouvellement	2017-03-22	2017-04-12	2017-04-28
Duperron Louise	Obstétrique-Gynécologie		2017-05-01 au 2017-06-01	Chef intérimaire Prolongation	2017-04-07	2017-04-12	2017-04-28
Morin Lucie	Obstétrique-Gynécologie		Date du CA pour 4 ans	1er nomination	Rapport du 01-05-2017	2017-05-10	CA Mai 2017

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le conseil des infirmières et infirmiers est composé de 1521 professionnels en soins infirmiers

### Composition du conseil exécutif des infirmières et infirmiers (CECII)

Des élections ont eu lieu en février 2017. Le défi : combler les 3 postes du CIIA puisque ceux-ci sont revenus sans candidature. Le nouveau comité exécutif du CECII se compose ainsi :

#### Conseillers et conseillères avec fonction du CECII

Josée Lamarche (cadre-conseil en sciences infirmières, DSI) : Présidente

Annie Lacroix (chef des processus administratifs en SI, DSI) : Vice-présidente et trésorière

Marie-Pierre Bastien (infirmière clinicienne aux soins intensifs pédiatriques et au projet du dossier clinique informatisé, DESA) : secrétaire.

#### Avis et prises de position du CECII

Automne 2016 :

Appui aux avis du CM et du CMDP en lien avec le projet Optilab

Février 2017 :

Appui du CII au projet Schéma organisationnel intégrateur sur la gestion des savoirs.

#### Faits saillants

- Journée de l'infirmière auxiliaire organisée par les membres du CIIA.
- Tenue de la Semaine de l'infirmière 2016 sous le thème : « *L'infirmière au cœur du changement!* » Plusieurs activités se sont tenues lors de cette semaine :
- Distribution du cadeau du CII
- Conférences de Mylène Paquette
- Activité de yoga
- Présentation infirmière du CII
- Moment détente pour les infirmières, offert par la Banque Nationale
- Cocktail dinatoire suivi du 7<sup>e</sup> Gala reconnaissance du CII

#### Présentations des infirmières par le CII

La prévention des infections dans le BUS; Je me lave les mains, quoi encore?

- Quoi faire lors d'un évènement sentinelle?
- La dermatite atopique (Eczéma)
- Évaluation de la qualité de vie suite à l'emploi d'un maquillage de camouflage chez une clientèle pédiatrique ayant des affections cutanées altérant l'image corporelle. Prise en charge par l'infirmière des petits migrants et réfugiés
- Allergie alimentaire et anaphylaxie. Comment optimiser l'utilisation du champ de pratique de l'infirmière en clinique ambulatoire? Un modèle réel mis en place!
- Enjeux éthiques en soins infirmiers reliés à l'aide à mourir et à la sédation palliative continue. De la simulation à l'action.

**Approbation des nouveaux statuts et règlements du CII en octobre 2016 par le Conseil d'administration du CHUM et du CHUSJ**

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (SUITE)

Travail d'amélioration du plan stratégique du CII 2016-2021 et développement des indicateurs pour suivre les réalisations du CII

### Objectifs annuels 2017-18

Le CII souhaite établir certaines priorités pour l'année 2017-2018

- Continuer les activités en lien avec son plan d'action annuel et le plan stratégique 2016-2021
- Travailler à apprécier la qualité des soins au sein du CHU Sainte-Justine
- Diffuser le tableau de bord pour suivre les indicateurs pertinents à la réalisation du mandat et en lien avec le plan stratégique du CII
- Continuer le développement des partenariats internes et externes pour réaliser le mandat du CII
- Maintenir la réalisation des deux Soirées du Savoir du CII (Automne 2017 et Hiver 2018)
- Maintenir des activités de reconnaissance et de promotion de l'importance du rôle du personnel infirmier (Semaine des infirmières).

## PARMI LES PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

### **La Grande traversée**

La fin de l'année 2016 a vu la concrétisation du projet *Grandir en santé* dont l'aboutissement a été le transfert de la clientèle et des équipes dans le bâtiment des unités spécialisées et dans le Centre de recherche. En effet, le 8 décembre 2016, l'ensemble des unités d'hospitalisation et le bloc opératoire ont transféré leurs activités dans le nouveau bâtiment des unités spécialisées (BUS). *La Grande traversée* a été totalement réussie et menée de façon exemplaire grâce à la mobilisation exceptionnelle de l'ensemble des équipes du CHU Sainte-Justine.

Ces nouveaux espaces ont été conçus et créés pour mettre à la disposition des patients un ensemble ordonné, moderne, innovant et humain qui favorise les échanges entre les patients, les équipes, les enseignants, les chercheurs et les professionnels. La réalisation de ce projet emblématique dote le réseau de la santé d'une infrastructure moderne et à la fine pointe de la technologie pour servir les mères et les enfants du Québec.

### **Le programme CIRENE se déploie dans le réseau**

Le CHU Sainte-Justine a mis en place le Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant (CIRENE) afin de permettre un accès plus rapide à l'orientation du patient, s'assurer que l'enfant ait accès le plus tôt possible à une évaluation diagnostique pour réduire l'âge de prise en charge et mieux accompagner les enfants et les familles dans le processus de soins et de services. Les experts ont été regroupés au sein d'une même équipe afin de travailler en interdisciplinarité. Afin de mieux orienter les enfants ayant un problème de neurodéveloppement (notamment les TSA, TDAH, retards moteurs), une série de tests de dépistage a été mise en place via la plateforme web AIDE (Approche interactive au développement de l'enfant). Un déploiement de l'utilisation de la plateforme est en cours dans le réseau avec les équipes du CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal, du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (sites Jeanne-Mance et Verdun) et du CISSS de Lanaudière.

### **Feu vert au Technopôle en réadaptation**

Le projet Technopôle en réadaptation va de l'avant. Il comprend la construction d'un nouveau bâtiment intégré au Centre de réadaptation Marie-Enfant; le recrutement de nouveaux chercheurs, enseignants et cliniciens spécialisés en réadaptation; le développement de partenariats avec des institutions et des entreprises oeuvrant dans le domaine de la réadaptation. Le nouveau bâtiment accueillera une communauté multidisciplinaire et trans-sectorielle qui travaillera à trouver des solutions adaptées aux besoins des enfants et de travailler sur les causes des déficiences physiques et intellectuelles qui les touchent. La confirmation d'un financement fédéral et provincial, auquel s'ajoutent des fonds philanthropiques, a donné, en cours d'année, le coup d'envoi de sa réalisation.

### **Amener le Québec à l'avant-scène de l'innovation technologique en santé grâce à l'Institut TransMedTech**

Réunir les chercheurs, les médecins, les ingénieurs, les patients, les étudiants, les fournisseurs d'équipements et les acteurs du système de santé public pour inventer en commun les technologies médicales de l'avenir : voilà l'idée fondatrice de l'Institut TransMedTech. Ce projet unique en son genre au Canada vise la conception, le développement et la mise en œuvre plus rapide de solutions novatrices pour le diagnostic et le traitement portant sur trois grandes familles de maladies les plus menaçantes pour la santé des Canadiens : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies musculosquelettiques. L'Institut est mis sur pied par Polytechnique Montréal, le CHU Sainte-Justine, l'Université de Montréal, le CHUM, l'Hôpital général juif de Montréal et plusieurs partenaires académiques, gouvernementaux, socio-économiques et industriels. Sa clé de voûte c'est son Living Lab, un écosystème d'innovation ouverte, qui sera situé au CHU Sainte-Justine.

### **Le CHU Sainte-Justine a procédé à la toute première chirurgie au laser au Canada chez un patient atteint d'épilepsie**

L'utilisation de cette nouvelle technologie révolutionnaire est une première en pédiatrie au Canada. C'est également une première canadienne dans l'utilisation du laser chez un patient épileptique. Il s'agit d'une chirurgie au cerveau minimalement invasive pour laquelle le patient n'a pas été admis aux soins intensifs et a pu recevoir son congé de l'hôpital après moins de 24 heures, contrairement à une moyenne d'hospitalisation d'une semaine pour une chirurgie conventionnelle.

## PARMI LES PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE (SUITE)

### **CHU Sainte-Justine sans fumée, pour un monde en santé**

En déployant sa politique sur l'usage du tabac, le CHUSJ avait pour cible la création d'un environnement sans fumée qui vise à améliorer la qualité de vie au CHUSJ en encourageant l'adoption de saines habitudes de vie et en offrant un milieu sain et sécuritaire exempt de fumée. Le CHUSJ a fait preuve d'avant-gardisme en se positionnant en amont de la loi, soit bien avant la date limite d'adoption d'une politique sans fumée exigée par le ministère en novembre 2017. La démarche s'est avérée innovante puisqu'il a su mettre de l'avant toute une série de stratégies et d'actions pour informer, sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs dans un esprit positif visant la santé et le bien-être de tous. La mise en œuvre de cette politique s'est avérée un modèle pour les autres établissements du réseau de la santé au Québec.

### **L'allaitement au CHUSJ, on s'en occupe**

Tout au long de la dernière année, les équipes dédiées à la promotion, au soutien et à la protection de l'allaitement se sont mobilisées autour de deux grands objectifs : augmenter le taux d'allaitement exclusif au CHU mère-enfant et améliorer l'expérience famille vécue en allaitement. Des sondages, des groupes de discussion et des observations directes dans les unités de soins ont permis de documenter et d'explorer l'expérience de l'allaitement maternel. L'analyse de ces données va permettre d'établir un plan d'action adapté qui s'intègre au grand projet d'amélioration des pratiques en allaitement maternel au CHUSJ. Parmi les autres réalisations, mentionnons l'identification d'indicateurs, la réalisation d'audits permettant le monitoring de l'allaitement exclusif et l'élaboration d'un plan de communication qui vise, entre autres, à stimuler la participation des équipes à la mise en œuvre de la politique d'allaitement.

# 4 RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE

L'Entente de gestion et d'imputabilité au CHUSJ a été signée par le président-directeur général, M. Fabrice Brunet le 22 juin 2016, et entérinée par M. Michel Fontaine, sous-ministre, le 30 juin 2016.

S'appuyant sur les priorités régionales 2016-2017, les engagements de l'établissement sont regroupés sous les thèmes suivants :

- **Santé publique – Infections nosocomiales**
- **Déficiences**
- **Santé mentale**
- **Santé physique – Urgence**
- **Santé physique – Chirurgie**
- **Santé physique – Imagerie médicale**
- **Ressources matérielles**
- **Ressources humaines**

Notre appréciation de la performance pour l'exercice 2016-2017 s'appuie sur l'atteinte ou l'atteinte partielle de nos engagements. Cependant, nos efforts sont déployés en gardant le cap sur l'atteinte des cibles ministérielles de 2020.

Les résultats de nos indicateurs se trouvent dans le tableau ci-bas. Notre performance y est appréciée et des commentaires sont ajoutés pour notamment expliquer nos écarts.

## Directives de présentation des résultats EGI chapitre III

Attente spécifique	Libellé de l'attente	État de situation
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>		
COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	La présence d'un comité est l'une des composantes essentielles à l'implantation et au bon fonctionnement d'un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales .C'est la raison pour laquelle elle fait l'objet d'une reddition de compte de chaque établissement.	Formulaire GESTRED n°10516 transmis .
<b>SERVICES SOCIAUX</b>		
PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	Le Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC )constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience mis en place par la Direction des personnes ayant une déficience en 2008 .	En cours au 16 mai 2017 .Sera envoyé pour le 31 mai 2017 .
APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	En février 2016 ,la nouvelle version du lexique Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH )est entrée en vigueur .Le MSSS souhaite s'assurer de la conformité de son application ,tant au niveau des variables que des principes qui les sous tendent .	État de situation transmis le 30 novembre 2016 .
PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'offre de lits de soins et services post-aigus est variable au sein des établissements et entre ceux-ci .Un portrait de la situation actuelle doit être réalisé pour permettre l'élaboration d'orientations ministérielles afin de favoriser l'harmonisation des pratiques .	État de situation transmis le 30 septembre 2016 .
<b>SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE</b>		
SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	L'amélioration de l'accès aux services spécialisés a été identifiée comme objet prioritaire pour la transformation du réseau au cours des prochains 18 à 24 mois .	Livrable annulé. Voir bulletin EGI volume 12 #27 .
POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	Le Plan de développement 2015-2020 en Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV )présente neuf priorités et 50 mesures stratégiques essentielles .Il vise principalement la mise en œuvre des modalités de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S 32 0001 )et l'amélioration de l'offre de service en SPFV .	Livrable annulé. Voir bulletin EGI volume 12 #39 .

**Directives de présentation des résultats EGI chapitre III**

Attente spécifique	Libellé de l'attente	État de situation
<b>FINANCEMENT ,INFRASTRUCTURES ET BUDGET</b>		
LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS )DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	En vertu de la Loi visant à permettre la réalisation d'infrastructures par la Caisse de dépôt et placement du Québec (2015 ,chapitre 17 ) le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT )doit s'assurer de l'évaluation fiable et objective de l'état des infrastructures publiques ,dont le parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux ,d'ici 2020 .	La direction des services techniques et de l'hébergement s'est chargée de transmettre l'information demandée.
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Le Gouvernement du Québec a lancé le 28 mars 2011 sa nouvelle « Stratégie québécoise d'économie d'eau potable ». À cet effet ,les établissements de chaque région sont invités à adhérer aux engagements du MSSS au regard de cette stratégie.	Formulaire GESTRED n°630 transmis .
<b>COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>		
GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	En vertu de la Loi sur la sécurité civile (chapitre S 2 3 ) LSQ ) il,revient aux établissements de réaliser le processus de gestion des risques en sécurité civile afin d'assurer le maintien de leurs biens et services essentiels ,et ce ,en cohérence avec l'objectif 3 de la PMSC .	Formulaire GESTRED n°9083 transmis .
<b>PLANIFICATION ,ÉVALUATION ET QUALITÉ</b>		
PLAN D ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	En juin 2014 ,le Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS )déposait au MSSS deux rapports portant sur la prévention des chutes ,incidents et accidents liés à la médication. En réponse aux 36 recommandations adressées au MSSS ,un plan d'action ministériel a été élaboré.	États de situation envoyés les 15 septembre 2016 et 27 mars 2017 .
DIAGNOSTIC ET PLAN D ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	La production d'un plan d'action à l'égard des personnes handicapées est une obligation légale qui vise à améliorer la participation sociale des personnes handicapées. Préalablement, un diagnostic est exigé pour identifier les obstacles prioritaires .	Diagnostic envoyé le 10 novembre 2016 et plan d'action envoyé le 3 avril 2017 .
<b>TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION</b>		
ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	La LMRSSS vise à améliorer le continuum de services et à accroître l'efficacité ainsi que la performance du réseau. Des travaux pour optimiser les investissements consentis en ressources informationnelles (RI )sont débutés en lien avec l'orientation stratégique du ministre annoncée en fin d'année 2015 .	Tableau envoyé le 30 septembre 2016 ainsi que le 3 avril 2017 .

## Directives de présentation des résultats EGI chapitre IV

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P 13)	Résultat année financière (P 13)	Cible 2020	Commentaires
<b>Santé publique - infections nosocomiales</b>				
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	N/A	51	80	Cet indicateur n'est pas présent à l'EGI 2016-2017. Présent en 2017-2018. Audit exécuté cet hiver. Plan d'actions correctrices en cours pour atteindre 70%.
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	Taux établi pour les centres pédiatriques : 4,1/10 000 jours-présences. Notre taux est à 2,3, conforme.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	Taux établi pour les centres pédiatriques : 0,11/10 000 jours-présences. Notre taux est à 0 .
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	Taux établi pour l'hémodialyse: 0,64/100 patients-période. Notre taux est à 0 .
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	N/A	Taux établi pour les soins intensifs pédiatriques : 4,5/1 000 jours-cathéters Le taux cumulatif 2016-2017 est à 2,3, donc conforme au taux établi.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P 13)	Résultat année financière (P 13)	Cible 2020	Commentaires
<b>Déficiences</b>				
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	69,6	N/A	Nous rencontrons le délai d'accès en déficience motrice (priorité urgente et modérée) ainsi qu'en déficience du langage à priorité modérée. Nous n'atteignons pas la cible pour les priorités urgentes en langage. Le volume des demandes est croissant, affectant notre capacité à répondre dans les délais. Nous travaillons à améliorer notre couverture de service pour répondre dans les délais. Nos critères d'éligibilité sont moins restrictifs au niveau des diagnostics que certains établissements comparables. Nous entendons mieux prioriser les demandes (urgentes versus modérées) à la lumière de nouvelles grilles de priorisation établies selon la littérature, le balisage effectué et les meilleures pratiques reconnues.
<b>Santé mentale</b>				
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	35	27	N/A	
<b>Santé physique - Urgence</b>				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	5,5	5,25	4	
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	75	77,9	95	
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	75	71,6	90	Indicateur non adapté à la réalité d'une urgence pédiatrique. Nous faisons des efforts pour réduire la durée de séjour et atteindre la cible mais, il importe de mettre en parallèle notre faible taux d'hospitalisations par rapport aux adultes (8% versus 20%) alors que beaucoup de situations réversibles se règlent à l'urgence en autant qu'on prenne le temps cliniquement nécessaire.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P 13)	Résultat année financière (P 13)	Cible 2020	Commentaires
<b>Santé physique - Chirurgie</b>				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	323	0	Le tableau sur les 13 périodes démontre une amélioration notable jusqu'à la période 8 et une détérioration importante jusqu'à la période 13. Les 4 périodes entourant le déménagement et l'arrêt de la salle hybride d'hémodynamie pendant 6 semaines ont provoqué un ralentissement des activités chirurgicales. La priorité a été donnée aux patients avec des besoins urgents et les cas électifs sans demande de soins intensifs.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100	75,5	90	Biais de saisie dans SIMASS. Le nombre de patients opérés est faussé par l'impression diagnostique inscrite sur la requête opératoire pour des cas qui ne s'avèrent pas, au final, des tumeurs malignes. Corrections de saisie impossibles a posteriori. Les cas réels de cancers solides (quelques dizaines par an) sont traités très rapidement dans les faits.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	89,8	N/A	Limite méthodologique de l'indicateur. Très petit nombre de cas hors-délai au réel (4 en 2016-2017) dont certaines pathologies ou situations particulières où il est cliniquement adéquat d'opérer avec un délai. Chaque cas hors-délai est bien connu et suivi.
<b>Santé physique - Imagerie médicale</b>				
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90	100	100	
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90	100	100	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90	100	100	
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	85	37,1	100	Le principal facteur limitant actuel provient de la nécessité de sédation pour les examens avec l'intervention requise d'un anesthésiste. Nous travaillons à réduire cet impact de disponibilité médicale et de ressources. Aussi, les activités ont été ralenties durant les phases de pré-déménagement et déménagement dans les nouveaux locaux.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P 13)	Résultat année financière (P 13)	Cible 2020	Commentaires
<b>Ressources matérielles</b>				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	N/A	
<b>Ressources humaines</b>				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	7,07	6,92	6,93	
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,5	2,53	2,62	Taux en légère hausse par rapport à l'an dernier mais, en deçà de la cible 2020. Taux près d'un plancher sous lequel il devient inefficace de tenter de le réduire. Un minimum de temps supplémentaire est nécessaire pour pallier à des pointes de niveaux de service sans surcharger le plan d'effectifs réguliers en autant qu'il ne s'agisse pas de temps supplémentaire obligatoire et qu'une surveillance du climat des équipes (mobilisation, absences court terme, absences longue durée) soit effectuée.  Il s'agit d'une moyenne globale tous titres d'emplois confondus. Les secteurs à taux plus élevés font l'objet d'un suivi périodique et d'une vigilance particulière.
3.06.00-PS Taux de recours à la main d'oeuvre indépendante	0,95	0,45	0,98	

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

# 5

## ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### L'AGRÉMENT

En décembre 2015, avait lieu la visite d'Agrément Canada. L'établissement a reçu le statut d'organisme agréé avec mesures de suivi pour une période de 4 ans. Des preuves démontrant que l'organisme se conforme aux exigences des tests principaux pour certaines POR, ont été soumises et acceptées par Agrément Canada en mai 2016.

Au cours de l'année 2016-2017, deux visites d'organismes d'accréditation ont eu lieu dans nos services (Santé Canada et Food and Drug Administration).

- Novembre 2016 : Santé Canada a visité l'équipe de recherche de l'essai clinique DEC-GEN. En attente de la réponse de Santé Canada sur la conformité des preuves déposées.
- Mars 2017 : Food and Drug Administration (FDA) a visité l'équipe de recherche clinique sur Thérapie CART. En attente du rapport de visite.

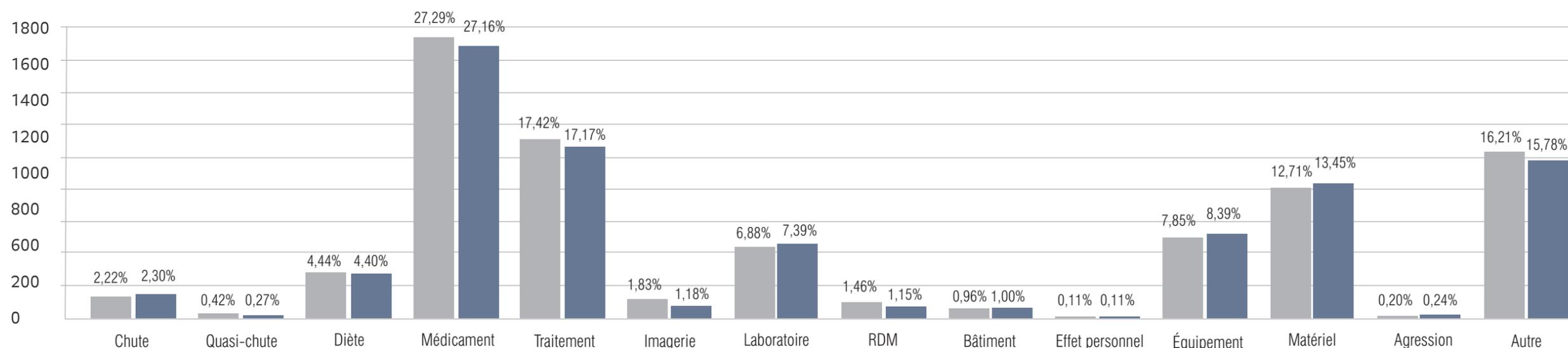
### LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'établissement énonce :

- Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents
- Pour l'année 2016-2017, il y a eu 6185 rapports AH-223 qui ont été produits et documentés au CHUSJ. Parmi ce nombre, 30 situations ont été analysées de façon approfondie, desquelles découlaient des améliorations de certains processus administratifs et cliniques. En plus de ce nombre, 66 dossiers antérieurs ont fait l'objet de suivis et d'analyses complémentaires afin d'assurer la mise en place d'actions d'amélioration identifiées. Sur l'ensemble des dossiers actifs, 49 dossiers ont pu être finalisés avec rapports d'enquêtes documentées.

Nombre de déclarations par catégorie

■ 2015 ■ 2016



## LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (suite)

Catégorie	2015	2016
A- Chute	141	142
A-Quasi chute	27	17
B- Diète	282	272
B-Médicament	1734	1680
B- Traitement	1107	1062
C- Imagerie	116	73
C- Laboratoire	437	457
D- RDM	93	71
E- Bâtiment	61	62
E- Effet personnel	7	7
E- Équipement	499	519
E-Matériel	808	832
F- Agression	13	15
G-Autre	1030	976
<b>Total général</b>	<b>6355</b>	<b>6185</b>

- En matière de divulgation et de déclaration, la Direction de la qualité et de la performance a mis l'emphase sur les actions de sensibilisation et de formation.
- Elle a fixé une cible de conformité de 100% pour la divulgation des événements de catégorie E1 et plus, le taux atteint est de 97,8%. Les événements non divulgués ne sont pas des événements majeurs. Une surveillance pour le respect de la politique sera assurée en continu pour atteindre la cible.
- Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance :
  - Le circuit du médicament
  - Le traitement et intervention

Libellé	Nombre	Pourcentage
Circuit du médicament	1680	27.2%
Traitement et intervention	1062	17.2%

- Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers 9art. 118.1 LSSSS)
- Une présentation des mesures de contrôle est faite au CA chaque année, afin de partager les faits saillants et le bilan. La dernière présentation au CA a eu lieu le 27 juillet 2016 et au comité de vigilance et de la qualité en juin 2017. Le protocole en conformité avec le cadre de référence est actuellement en cours de finalisation avec une mise en application prévue pour la fin de l'année 2017.

Grâce au registre des mesures de contrôle, nous pouvons constater que les mesures de contrôle les plus utilisées sont les contentions de poignets/chevilles et les manchettes. Les manchettes sont utilisées systématiquement durant plusieurs jours suite à certaines chirurgies (ex: plastie, ophtalmologie) et lors des examens de pH métrique en externe. Plusieurs contentions aux poignets sont observées aux soins intensifs pédiatriques, pour les patients intubés (prévention du retrait accidentel des tubes). Après analyse des données, les résultats sont proportionnellement stables d'une année sur l'autre, nous pouvons observer une constance dans nos résultats.

L'arrivée du dossier clinique informatisé (DCI) va modifier la façon de comptabiliser les données. Des champs automatiques sont prévus pour assurer une documentation et une traçabilité. Le DCI est implanté à l'unité de chirurgie. Il sera déployé dans la majorité des unités de soins au courant de l'année financière.

Les équipes sont très à l'écoute des besoins de la clientèle particulièrement en réadaptation. De ce fait, des réunions d'équipes multidisciplinaires sont organisées pour évaluer les situations au cas par cas. Lorsqu'il y a une décision de mise en place de mesure de contrôle, la famille est toujours consultée. Aucune plainte n'a été recensée. Un lien étroit est à réaliser entre les mesures de contrôle et les mesures de soulagement de la douleur et d'anxiété.

## LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (suite)

De la formation est offerte aux équipes qui prennent en charge une clientèle plus spécifique comme par exemple les équipes de psychiatrie au CHU Sainte Justine et celle de la réadaptation à Marie-Enfant. Durant l'année 2016/2017, 119 infirmières et 79 préposés aux bénéficiaires ont suivi des formations. Deux modalités de formation sont offertes, une première pour les nouveaux employés et une seconde pour la formation continue des employés en poste.

Les actions à venir :

- adopter et déployer le protocole révisé
- augmenter le taux de déclaration
- poursuivre l'offre de formation initiale incluse dans le processus d'accueil pour les infirmières et les professionnels
- diffuser le calendrier de formation continue
- déployer des capsules de formation spécifiques pour certains secteurs ex; en néonatalogie, mère-enfant et en réadaptation, incluant les écoles et ressources intermédiaires
- Le CHUSJ est demeuré conforme dans sa pratique.
  - Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations :
  - Le CHU Sainte-Justine a assuré le suivi des recommandations issues des différentes instances (commissaire aux plaintes ; comité des usagers ; médecins examinateurs) et poursuit les plans d'amélioration en collaboration avec les secteurs visés. Les mécanismes de suivi auprès du comité de vigilance et de la qualité furent respectés en cours d'année et le comité de gouvernance et de gestion des risques (C2GR) a assuré l'avancement des travaux et les résultats de l'établissement.
  - Les membres du C2GR se sont activement impliqués dans la recherche, le développement et la promotion via différentes actions afin d'assurer une culture de sécurité et le suivi des risques au sein de l'organisation. Voici un aperçu des activités et projets suivis par le C2GR en 2016-2017 :
  - Préparation du transfert de la clientèle dans le nouveau bâtiment, transfert de la clientèle hospitalisée dans le nouveau bâtiment et suivi de l'adaptation des équipes au nouvel environnement
    - + Optimisation de la gestion des résultats critiques
    - + Optimisation de la gestion du parc de matériel roulant

- + Travaux d'amélioration du cadre de référence d'utilisation des pompes d'alimentation entérale à domicile pour la clientèle vulnérable
- + Rappel des patients concernant la situation des échangeurs thermiques selon les directives du MSSS et de Santé Canada
- + Résultats d'audits sur l'hygiène des mains
- + Suivi des taux de divulgation et des mesures de soutien pour la clientèle et les employés
- + Amélioration continue dans la gestion et l'utilisation des électrolytes concentrés
- + Réalisation du plan de sécurité
- + Mise en place du rapport cumulatif qualité risque suivi à toutes les réunions
- + Priorisation des 10 risques à travailler pour la sécurité des patients
- + Mise en place d'un rapport trimestriel sur les indicateurs liés à la sécurité des travailleurs

Concernant le risque d'infections nosocomiales, malgré le déménagement dans le BUS, les indicateurs de prévention des infections sont restés stables. Les indicateurs suivis par la prévention des infections sont stables et conformes aux cibles de l'entente de gestion. La surveillance est réalisée en continu comme recommandée par les instances concernées.

- Au cours de l'année 2016-2017, il y a eu 2 nouvelles recommandations pour un total de 4 recommandations actives du médecin examinateur, s'adressant aux secteurs suivants pour lesquels des travaux sont en cours :
  - Département de chirurgie
  - Département de pathologie
  - Département de gynéco-obstétrique
  - Direction des soins infirmiers
- Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner.
  - Il n'y a pas eu de recommandations du coroner ni du protecteur du citoyen pour l'année 2016-2017.

## LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

Indicateur/Installation	CHU Sainte-Justine	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	3	3
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	3	3
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	0	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	2	2
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	2	2
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	2	2
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	3	3

## L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des 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 les types de plaintes et leurs règlements, et ce, dans le respect de la confidentialité des usagers et des familles qui se sont adressés au commissaire. Le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services intègre le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

Pour l'année 2016-2017, 883 demandes ont été reçues et traitées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et 48 par le médecin examinateur.

## 6

APPLICATION DE LA POLITIQUE  
PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	10-12-2015 AU 09-06-2016	10-06-2016 AU 09-12-2016	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs Source : Archives CHU	41	48	89
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre d'usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs Source : Archives CHU	22	29	51
Sédation palliative continue	Nombre de sédation palliative continue administrée Source : CMDP	1 24 mars 2016	0	1
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes formulées	0	0	0
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir administrées Source : CMDP	0	0	0
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et Motifs Source : CMDP	0	0	0

# 7

## RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

CHU Sainte-Justine		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	331 310	504	331 813	182	206
	2015-16	314 703	199	314 902	173	192
	2016-17	290 684	400	291 084	160	182
	Variation	(12,3 %)	(20,6 %)	(12,3 %)	(12,3 %)	(11,7 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	912 386	4 624	917 010	504	683
	2015-16	920 261	3 013	923 274	508	685
	2016-17	903 946	3 136	907 082	499	669
	Variation	(0,9 %)	(32,2 %)	(1,1 %)	(1,0 %)	(2,0 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	2 194 364	84 342	2 278 706	1 169	1 647
	2015-16	2 187 433	64 131	2 251 564	1 162	1 649
	2016-17	2 148 022	83 299	2 231 322	1 142	1 575
	Variation	(2,1 %)	(1,2 %)	(2,1 %)	(2,3 %)	(4,4 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 820 331	35 387	2 855 718	1 558	2 137
	2015-16	2 783 542	29 288	2 812 829	1 536	2 087
	2016-17	2 801 510	34 546	2 836 056	1 545	2 121
	Variation	(0,7 %)	(2,4 %)	(0,7 %)	(0,8 %)	(0,7 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	745 946	7 654	753 601	379	557
	2015-16	743 701	4 503	748 204	377	562
	2016-17	862 722	8 690	871 412	437	696
	Variation	15,7 %	13,5 %	15,6 %	15,3 %	25,0 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 307	1	10 308	6	38
	2015-16	6 182	19	6 201	3	24
	2016-17	7 231	1	7 232	4	27
	Variation	(29,8 %)	0,0 %	(29,8 %)	(28,9 %)	(28,9 %)
Total du personnel	2014-15	7 014 643	132 512	7 147 155	3 798	5 150
	2015-16	6 955 822	101 152	7 056 975	3 760	5 101
	2016-17	7 014 116	130 072	7 144 188	3 787	5 173
	Variation	0,0 %	(1,8 %)	0,0 %	(0,3 %)	0,4 %

Cible 2016-2017 en heures rémunérées  
Écart à la cible - en heures

7 057 216  
86 972

La cible 2016-2017 en heures rémunérées était de 7 057 216 heures. L'établissement a terminé l'année avec 7 144 188 heures rémunérées. Cela équivaut à un dépassement de la cible de 86 972 heures soit 1,23%, dû à une hausse des heures pour le personnel ouvrier, d'entretien et de service en lien avec l'ouverture du nouveau bâtiment.

Des mesures ont été mises en place afin de respecter la cible ministérielle. La transformation organisationnelle visait à réduire les heures rémunérées pour le personnel d'encadrement qui s'est soldé par une baisse de 12,3% pour cette catégorie d'emploi.

Au niveau des autres catégories d'emploi, les différents projets de mobilité avaient comme objectif de réduire les heures rémunérées. Nous constatons des diminutions de 1,1% pour le personnel professionnel, de 2,1% pour le personnel infirmier et de 0,7% pour le personnel de bureau, technicien et assimilé.

Au niveau des ouvriers, personnel d'entretien et de services, l'ouverture d'un nouveau bâtiment, le BUS qui est un événement circonstanciel, explique la hausse de 15,6% des heures rémunérées pour cette catégorie de personnel.

Somme toute, nous constatons que les heures travaillées, supplémentaires, rémunérées, le nombre d'ETC et le nombre d'individus, ont diminué pour toutes les catégories d'emploi, à l'exception de la catégorie ouvriers, personnel d'entretien et de service.



## COMITÉ DE VÉRIFICATION ET COMITÉ DU BUDGET

### LES ÉTATS FINANCIERS

#### RAPPORT DE LA DIRECTION

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. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte s.e.n.c.r.l. 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 Deloitte s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Fabrice Brunet  
Président-directeur général

Antonio Bucci  
Directeur des ressources financières  
et des partenariats économiques

2017.04.27

## Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du  
CHU Sainte-Justine

Les états financiers résumés ci-joints du CHU Sainte-Justine, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CHU Sainte-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 16 juin 2017 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CHU Sainte-Justine.

### *Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés*

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### *Responsabilité de l'auditeur*

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### *Opinion*

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CHU Sainte-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CHU Sainte-Justine pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 16 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 et au 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées. Nous avons exprimé par conséquent une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2016.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CHU Sainte-Justine au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Deloitte* S.E.N.C.R.L./S.N.L.<sup>1</sup>

Le 16 juin 2017

---

<sup>1</sup> CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A119828

# RÉSULTATS FINANCIERS

## État des résultats

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	342 788 062	336 737 708	33 368 819	370 106 527	360 017 474
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	11 666 016	10 867 437	374 310	11 241 747	11 684 711
Contributions des usagers	3	7 255 151	5 857 363	XXXX	5 857 363	8 790 978
Ventes de services et recouvrements	4	9 866 889	9 870 163	XXXX	9 870 163	6 994 266
Donations (FI:P294)	5	18 713 347	22 969 097	9 593 918	32 563 015	26 038 277
Revenus de placement (FI:P302)	6	300 181	285 208	188 762	473 970	322 503
Revenus de type commercial	7	409 052	412 506		412 506	409 927
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	36 837 960	37 688 471	100 077	37 788 548	37 031 222
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>427 836 658</b>	<b>424 687 953</b>	<b>43 625 886</b>	<b>468 313 839</b>	<b>451 289 358</b>

**État des résultats** (suite)

CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	271 113 968	289 365 256	XXXX	289 365 256	285 525 189
Médicaments	14	29 688 448	30 284 523	XXXX	30 284 523	29 604 360
Produits sanguins	15	12 373 145	21 347 666	XXXX	21 347 666	22 702 463
Fournitures médicales et chirurgicales	16	20 271 061	20 716 130	XXXX	20 716 130	20 239 854
Denrées alimentaires	17	2 188 045	2 170 357	XXXX	2 170 357	1 229 765
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1 711 752	983 936	XXXX	983 936	1 329 544
Frais financiers (FI:P325)	19	8 313 269	149 153	10 847 636	10 996 789	7 631 164
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	12 432 494	6 315 433	5 176 667	11 492 100	12 374 507
Créances douteuses	21	2 625 970	191 469	XXXX	191 469	2 191 867
Loyers	22	391 103	372 394	XXXX	372 394	391 222
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	20 219 568	XXXX	26 464 341	26 464 341	19 311 291
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	861 449	XXXX	180 638	180 638	822 752
Dépenses de transfert	25			XXXX		
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	45 646 386	54 413 663	54 306	54 467 969	46 671 401
TOTAL (L.13 à L.27)	28	427 836 658	426 309 980	42 723 588	469 033 568	450 025 379
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	(1 622 027)	902 298	(719 729)	1 263 979

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

État des résultats (suite)

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>						
Subventions MSSS (P362)	1	317 889 048	336 237 051	500 657	336 737 708	335 651 173
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	11 308 169	107 768	10 759 669	10 867 437	11 334 520
Contributions des usagers (P301)	3	7 255 151	5 857 363	XXXX	5 857 363	8 790 978
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	9 866 889	9 870 163	XXXX	9 870 163	6 994 266
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	9 343 311	5 565 460	17 403 637	22 969 097	16 868 712
Revenus de placement (P302)	6	43 000	285 208		285 208	70 824
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	409 052		412 506	412 506	409 927
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	36 722 038	620 956	37 067 515	37 688 471	36 917 781
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>392 836 658</b>	<b>358 543 969</b>	<b>66 143 984</b>	<b>424 687 953</b>	<b>417 038 181</b>

**État des résultats** (suite)

**CHARGES**

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	271 113 968	253 945 185	35 420 071	289 365 256	285 525 189
Médicaments (P750)	14	29 688 448	30 284 523	XXXX	30 284 523	29 604 360
Produits sanguins	15	12 373 145	21 347 666	XXXX	21 347 666	22 702 463
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	20 271 061	20 716 130	XXXX	20 716 130	20 239 854
Denrées alimentaires	17	2 188 045	2 170 357	XXXX	2 170 357	1 229 765
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1 711 752	983 936	XXXX	983 936	1 329 544
Frais financiers (P325)	19	500 000	149 153	XXXX	149 153	168 872
Entretien et réparations (P325)	20	6 328 303	6 315 433		6 315 433	6 544 520
Créances douteuses (C2:P301)	21	2 625 970	191 469		191 469	2 191 867
Loyers	22	391 103	372 394		372 394	391 222
Dépenses de transfert (P325)	23					
Autres charges (P325)	24	45 644 863	33 390 138	21 023 525	54 413 663	46 669 947
TOTAL (L. 13 à L.24)	25	392 836 658	369 866 384	56 443 596	426 309 980	416 597 603
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(11 322 415)	9 700 388	(1 622 027)	440 578

**État des surplus (déficits) cumulés**

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(7 914 351)	6 204 295	(1 710 056)	(2 591 898)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2	(10 063 000)		(10 063 000)	(10 445 137)	8
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(17 977 351)	6 204 295	(11 773 056)	(13 037 035)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 622 027)	902 298	(719 729)	1 263 979	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(19 599 378)	7 106 593	(12 492 785)	(11 773 056)	
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	(12 492 785)	(11 773 056)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(12 492 785)	(11 773 056)	

**État de la situation financière**

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>					
Encaisse (découvert bancaire)	1	40 032 778	15 863 479	55 896 257	38 589 375
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	13 298 111	4 945 237	18 243 348	26 340 425
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	28 958 072	2 817 180	31 775 252	29 594 388
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(223 052)	223 052	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	26 211 094	71 251 009	97 462 103	82 348 024
Placements de portefeuille	8				5 747 583
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	3 827 093	3 827 093	558 880
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 059 920	13 337	1 073 257	6 383 063
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)</b>	<b>13</b>	<b>109 336 923</b>	<b>98 940 387</b>	<b>208 277 310</b>	<b>189 561 738</b>

**État de la situation financière** (suite)

**PASSIFS**

Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	19 000 000	92 617 455	111 617 455	357 432 222
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	35 977 434	44 609 976	80 587 410	255 977 721
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	225 268	225 268	
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	11 644	4 354 534	4 366 178	1 268 995
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	45 068 386	119 688 351	164 756 737	119 669 202
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	739 184 079	739 184 079	225 849 503
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	590 993	590 993	590 993
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	33 040 770	XXXX	33 040 770	32 271 953
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	5 631 629		5 631 629	5 761 851
<b>TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>138 729 863</b>	<b>1 001 270 656</b>	<b>1 140 000 519</b>	<b>998 822 440</b>

<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)</b>	<b>27</b>	<b>(29 392 940)</b>	<b>(902 330 269)</b>	<b>(931 723 209)</b>	<b>(809 260 702)</b>
--	-----------	---------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**ACTIFS NON FINANCIERS**

Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	909 436 862	909 436 862	786 309 131
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	8 001 848	XXXX	8 001 848	9 770 822
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 791 714		1 791 714	1 407 693
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)</b>	<b>31</b>	<b>9 793 562</b>	<b>909 436 862</b>	<b>919 230 424</b>	<b>797 487 646</b>

<b>CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT</b>	<b>32</b>		XXXX		
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)</b>	<b>33</b>	<b>(19 599 378)</b>	<b>7 106 593</b>	<b>(12 492 785)</b>	<b>(11 773 056)</b>

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

**État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)**

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(753 600 220)	(19 092 866)	(780 104 836)	(799 197 702)	(636 090 836)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2		(10 063 000)		(10 063 000)	(10 445 137)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(753 600 220)	(29 155 866)	(780 104 836)	(809 260 702)	(646 535 973)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(1 622 027)	902 298	(719 729)	1 263 979
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(88 000 000)	XXXX	(149 772 710)	(149 772 710)	(181 818 999)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	20 219 568	XXXX	26 464 341	26 464 341	19 311 291
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	180 638	180 638	822 752
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(67 780 432)	XXXX	(123 127 731)	(123 127 731)	(161 684 956)

**État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) (suite)**

.....						
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(60 000 000)	(58 308 584)	XXXX	(58 308 584)	(61 421 303)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(5 000 000)	(6 519 323)		(6 519 323)	(5 169 448)
Utilisation de stocks de fournitures	17	57 000 000	60 077 558	XXXX	60 077 558	58 518 029
Utilisation de frais payés d'avance	18	5 000 000	6 135 302		6 135 302	5 768 970
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(3 000 000)	1 384 953		1 384 953	(2 303 752)
.....						
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
.....						
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(70 780 432)	(237 074)	(122 225 433)	(122 462 507)	(162 724 729)
.....						
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(824 380 652)	(29 392 940)	(902 330 269)	(931 723 209)	(809 260 702)
.....						

**État des flux de trésorerie**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(719 729)	1 263 979	
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:</b>				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	1 384 953	(2 303 752)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	180 638	822 752	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(374 310)	(350 191)	
- Autres	7	(9 651 974)	(9 239 680)	
Amortissement des immobilisations	8	26 464 341	19 311 291	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	294 120	215 236	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11	(55)	(55)	
Subventions MSSS	12	297 734 229	139 166 734	
Autres (préciser P297)	13			
<b>TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)</b>	<b>14</b>	<b>316 031 942</b>	<b>147 622 335</b>	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	1 173 152	(119 271 101)	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)</b>	<b>16</b>	<b>316 485 365</b>	<b>29 615 213</b>	

État des flux de trésorerie (suite)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(259 524 218)	(31 148 726)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)</b>	<b>19</b>	<b>(259 524 218)</b>	<b>(31 148 726)</b>

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20		
Placements de portefeuille effectués	21		(103 052)
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23	5 747 583	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)</b>	<b>24</b>	<b>5 747 583</b>	<b>(103 052)</b>

**État des flux de trésorerie** (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1			
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(1 049 885)	(1 018 236)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	500 000	(4 500 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	40 675 275	32 224 435	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(85 527 238)	(33 710 712)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)</b>	<b>9</b>	<b>(45 401 848)</b>	<b>(7 004 513)</b>	
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)</b>	<b>10</b>	<b>17 306 882</b>	<b>(8 641 078)</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>11</b>	<b>38 589 375</b>	<b>47 230 453</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)</b>	<b>12</b>	<b>55 896 257</b>	<b>38 589 375</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>				
Encaisse	13	55 896 257	38 589 375	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
<b>TOTAL (L.13 + L.14)</b>	<b>15</b>	<b>55 896 257</b>	<b>38 589 375</b>	

**État des flux de trésorerie** (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:</b>				
Débiteurs - MSSS	1	8 097 077	3 031 063	
Autres débiteurs	2	(2 180 864)	(1 253 377)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	64 428	(4 573)	
Frais reportés liés aux dettes	5	(3 553 357)	(78 915)	
Autres éléments d'actifs	6	5 309 806	(3 377 886)	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(65 638 803)	(115 162 207)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9	225 268	(14 536 540)	
Intérêts courus à payer	10	3 097 183	(279 761)	
Revenus reportés	11	55 113 819	11 208 017	
Passif au titre des sites contaminés	12		(7)	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	768 817	760 716	
Autres éléments de passifs	14	(130 222)	422 369	
<b>TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)</b>	<b>15</b>	<b>1 173 152</b>	<b>(119 271 101)</b>	
<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS:</b>				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	40 918 765	150 670 273	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18	297 734 229	139 166 734	9
<b>Intérêts:</b>				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	473 970	322 503	
Intérêts encaissés (revenus)	20	481 413	334 864	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	10 702 724	7 415 983	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	7 605 572	7 695 744	

## Notes aux états financiers

### 1. CONSTITUTION ET MISSION

Le *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, ci-après désigné par le CHU Ste-Justine, est un établissement public constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) le 25 avril 1908.

Il a pour mission 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 des partenaires du système de santé et ceux des milieux de l'enseignement et de la recherche.

Les points de service sont : le CHU Ste-Justine et le Centre de réadaptation Marie-Enfant.

Le siège social de l'établissement est situé au 3175, Côte-Sainte-Catherine, à Montréal, au site du CHU Sainte-Justine.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

## Notes aux états financiers

### 2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

#### a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme prescrit par l'article 477 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 *Immobilisations corporelles louées* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

#### b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471 requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés et les réclamations.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

**Notes aux états financiers (suite)****c. État des gains et pertes de réévaluation**

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la *LSSSS* (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement détient des éléments devant être comptabilisés à la juste valeur et/ou libellés en devises étrangères dont l'importance est non significative, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

**d. Comptabilité d'exercice**

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

**e. Revenus de subventions**

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement du Québec, que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01).

**Notes aux états financiers** (suite)**f. Revenus provenant des usagers**

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privé selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

**g. Ventes de services et recouvrements**

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

**h. Donations**

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

**Notes aux états financiers** (suite)**i. Salaires, avantages sociaux et charges sociales**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

**j. Instruments financiers**

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des dérivés, lesquels sont évalués à la juste valeur.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme. Ils sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

*i. Trésorerie et équivalents de trésorerie*

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

*ii. Débiteurs*

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

*iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts*

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

**Notes aux états financiers** (suite)

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

*iv. Créiteurs et autres charges à payer*

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créiteurs et autres charges à payer.

*v. Dettes à long terme*

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

**k. Passif au titre des sites contaminés**

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2017-2018. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

**Notes aux états financiers** (suite)**I. Passif au titre des avantages sociaux futurs**

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors cadre.

*i. Provision pour assurance salaire*

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

*ii. Provision pour vacances*

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

*iii. Provision pour congés de maladie*

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

**Notes aux états financiers** (suite)**m. Immobilisations**

Les immobilisations sont des actifs non financiers acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier. Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les Œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

**Notes aux états financiers** (suite)**n. Frais payés d'avance**

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

**o. Stock de fourniture**

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

**p. Autres méthodes***i. Comptabilité par fonds*

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions, au passif au titre des sites contaminés et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

*ii. Revenus d'intérêts*

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

*iii. Prêts interfonds*

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

**Notes aux états financiers** (suite)*iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec*

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

*v. Avoir propre*

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

*vi. Classification des activités*

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

**Notes aux états financiers** (suite)

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

*vii. Centres d'activités*

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

*viii. Unités de mesure*

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

## Notes aux états financiers (suite)

**3. MODIFICATIONS COMPTABLES**

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement a corrigé le résultat des activités accessoires de l'exercice 2015-2016 et des années antérieures afin d'éliminer des soldes débiteurs de projets de recherche non couverts par une entente. Cette modification comptable comptabilisée rétroactivement avec redressement des exercices antérieurs a eu pour effet d'augmenter le déficit cumulé de l'exercice 2014-2015 de 10 445 137 \$ et de présenter un surplus aux activités de recherche de 382 137 \$ pour l'exercice 2015-2016. L'impact net de cette modification comptable est une augmentation du déficit cumulé au 31 mars 2016 de 10 063 000 \$.

Les postes suivants ont été ajustés comme suit :

	Exercice terminé le 31-mars-16 Original \$	Ajustement \$	Exercice terminé le 31-mars-16 Retraité \$
<b>État des surplus (déficits) cumulés</b>			
Surplus (déficits) cumulés au début	(2 591 898)	(10 445 137)	(13 037 035)
Surplus (déficit) de l'exercice	881 842	382 137	1 263 979
Surplus (déficits) cumulés à la fin	(1 710 056)	(10 063 000)	(11 773 056)
<b>État des résultats</b>			
Donations	25 656 140	382 137	26 038 277
Surplus (déficit) de l'exercice	881 842	382 137	1 263 979
<b>État de la situation financière</b>			
Autres débiteurs	39 657 388	(10 063 000)	29 594 388
Surplus (déficits) cumulés	(1 710 056)	(10 063 000)	(11 773 056)

**Notes aux états financiers** (suite)**4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE**

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Le déficit total présenté à la page 200 du rapport financier annuel est de 719 729 \$.

L'excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation comme présenté à la page 200 du rapport financier annuel se solde à 1 662 027 \$.

Cet excédent se réparti comme suit :

	\$
Déficit activités principales	(11 322 415)
Surplus activités accessoires	9 700 388
Déficit total du fonds d'exploitation	(1 622 027)

Les mesures d'optimisation imposées au cours des dernières années, ainsi que la pression sur les dépenses engendrée par l'ouverture du nouveau bâtiment des unités spécialisées, ne nous ont pas permis de mettre en place des mesures d'atteinte de l'équilibre qui n'auraient pas un impact significatif sur la clientèle et l'accès.

Nous arrivons à la constatation que, pour atteindre l'équilibre budgétaire, le CHU Sainte-Justine devait compromettre significativement l'accès aux soins et aux services spécialisés des mères et des enfants du Québec.

Le surplus des activités accessoires se détaille comme suit :

	\$
Surplus activités de recherche	8 501 639
Surplus exploitation du parc de stationnement	1 209 443
Déficit autres activités accessoires	(10 694)
Surplus total activités accessoires	9 700 388

**Notes aux états financiers** (suite)

Le surplus de 8 501 639 \$ des activités de recherche résulte de la matérialisation des mesures du plan de redressement budgétaire adopté par le conseil d'administration le 9 août 2016. Ce plan a pour but de résorber le déficit cumulé de 10 063 000 \$ au 31 mars 2016 engendré par des projets de recherche non couverts par une entente. Le solde de 1 561 361 \$ se matérialisera sur les quatre prochaines années. À cet effet, une entente de versement a été conclue le 11 avril 2017. Le dernier versement relatif à cette entente est prévu en mars 2021.

Le surplus des activités d'exploitation du stationnement présenté aux activités accessoires contribue à réduire le déficit des activités principales pour un montant de 1 209 443 \$ en 2016-2017.

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'immobilisations comme présenté à la page 200 du rapport financier annuel se solde à 902 298 \$. De cet excédent, un montant de 761 370 \$ doit servir à compenser la dépense d'amortissement et les frais d'intérêts sur emprunts des immobilisations acquises par projets autofinancés.

**5. DONNÉES BUDGÉTAIRES**

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du rapport financier annuel AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 17 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé RR-446*

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

	Budget initial \$	Impacts monétaires des modifications \$	Budget final \$
Subventions MSSS	342 788 062	27 318 465	370 106 527
Subventions Gouvernement du Canada	11 666 016	(424 269)	11 241 747
Contribution des usagers	7 255 151	(1 397 788)	5 857 363
Ventes de services et recouvrements	9 866 889	3 274	9 870 163
Donations	18 713 347	13 849 668	32 563 015
Revenus de placement et de type commercial	709 233	177 243	886 476
Autres revenus	36 837 960	950 588	37 788 548
Total	427 836 658	40 477 181	468 313 839

**Notes aux états financiers** (suite)

L'augmentation des subventions du MSSS est principalement attribuable à une augmentation de 9 853 642 \$ de la subvention pour les produits sanguins, de l'obtention d'un financement de 5 195 000\$ pour les frais de fonctionnement de l'an 1 du bâtiment des unités spécialisées, d'un financement de 1 000 000\$ pour les médicaments spéciaux et de financements non prévus au budget initial pour les activités immobilières pour un montant de 8 469 805\$. Le solde est composé de divers éléments non prévus au budget initial tels que mesures de conventions collectives, formation mesures RI-RTF et autres éléments.

L'augmentation des donations est attribuable au financement d'activités et de projets financés par des donations non prévues au budget initial.

**6. INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR OU LIBELLÉS EN DEVISES ÉTRANGÈRES****a. Impacts sur les états financiers**

L'établissement détenait au 31 mars 2017 des instruments financiers comptabilisés à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères dans les présents états financiers. L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et des pertes de réévaluation n'est pas présenté.

**b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes**

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

**7. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE**

La nature des placements de portefeuille de parties non apparentées ainsi que d'entreprises du gouvernement, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectifs minimums et maximums, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

## Notes aux états financiers (suite)

**8. EMPRUNTS TEMPORAIRES**

L'établissement a également contracté des emprunts temporaires auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

Billets au pair	Montant maximum autorisé \$	Taux intérêt au 2017-03-31	Échéance	Mode de remboursement	Date de renouvellement	Solde non utilisé au 2017-03-31 \$	Solde utilisé au 2017-03-31 \$
Fonds d'exploitation	19 000 000	0.964%	2017-04-27	à l'échéance	2017-04-28	0	19 000 000
Env. décentralisées équipement	39 034 998	0.964%	2017-12-31	à l'échéance	2017-12-31	32 227 094	6 807 904
Env. décentralisées immobilisation	22 613 126	0.964%	2017-12-31	à l'échéance	2017-12-31	15 632 442	6 980 684
Env. décentralisées	13 507 736	0.964%	2017-12-31	à l'échéance	2017-12-31	0	13 507 736
Grandir en santé	261 398 318	0.964%	2017-12-31	à l'échéance	2017-12-31	196 077 187	65 321 131
Total	355 554 178					243 936 723	111 617 455

**9. DETTES À LONG TERME**

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées et non apparentées dont les principales conditions sont présentées dans le tableau suivant :

Notes aux états financiers (suite)

**10. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS**

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'un déversement accidentel lors d'un remplissage de réservoir de mazout lourd.

À cet égard, un montant de 590 993 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (590 993 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation préliminaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

**11. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS**

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant détaille la variation annuelle entre la charge et les montants versés de l'exercice :

	Exercice courant \$				Exercice précédent \$
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	27 010 616	30 458 403	29 895 641	27 573 378	27 010 616
Assurance salaire	3 767 041	9 261 169	8 958 530	4 069 680	3 767 041
Provision pour maladie	1 233 348	7 832 103	7 849 990	1 215 461	1 233 348
Droits parentaux	260 948	991 171	1 069 868	182 251	260 948
Total	32 271 953	48 542 846	47 774 029	33 040 770	32 271 953

## Notes aux états financiers (suite)

**12. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS**

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

**a. Risque de crédit**

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Encaisse (découvert bancaire)	55 896 257	38 589 375
Débiteurs MSSS	18 243 348	26 340 425
Autres débiteurs	32 848 509	35 977 451
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	97 462 103	82 348 024
Placements de portefeuille	-	5 747 583
Total	204 450 217	189 002 858

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans l'exercice suivant.

**Notes aux états financiers** (suite)

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, du Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), du gouvernement du Canada et de la fondation CHU Ste-Justine qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 19.27 % pour le présent exercice et 10.64 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

La chronologique des « autres débiteurs », déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Autres débiteurs non en souffrance	11 692 839	16 799 956
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	7 428 259	4 786 194
De 30 à 59 jours	971 808	498 796
De 60 à 89 jours	537 099	298 192
De 90 jours et plus	12 314 629	13 671 219
Sous-total	21 251 795	19 254 401
Provision pour créances douteuses	(96 125)	(76 906)
Sous-total	21 155 670	19 177 495
Total des autres débiteurs	32 848 509	35 977 451

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Solde au début	76 906	78 300
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	18 219	-
Montants recouverts	-	(1 394)
Radiations	-	-
Solde à la fin	96 125	76 906

**Notes aux états financiers** (suite)

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

L'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faits à des fins particulières doivent être déposés ou placés conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé à l'article 269 de cette loi.

**b. Risque de liquidité**

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créanciers MSSS, les autres créanciers et autres charges à payer, les dettes à long terme et le passif au titre des sites contaminés.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit renouvelables. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créanciers et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice. Les autres éléments de passif sont majoritairement un montant dû au fonds d'immobilisations pour un projet autofinancé d'économie d'énergie ainsi qu'une dette obligataire dont le remboursement est prévu à même les revenus générés par les activités d'exploitation du stationnement.

**Notes aux états financiers** (suite)

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
De moins de 6 mois	64 248 285	56 838 072
De 6 mois à 1 an	536 782	530 298
De 1 à 3 ans	524 576	1 610 381
De 3 à 5 ans	(17 842)	(17 842)
De plus de 5 ans	55 408 106	55 399 185
Total des autres créditeurs non liés au MSSS	120 699 907	114 360 094

**c. Risque de marché**

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants :

*i. Risque de change*

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères. Il ne gère donc pas activement ce risque.

*ii. Risque de taux d'intérêt*

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

**Notes aux états financiers** (suite)

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant \$	Exercice précédent \$
Emprunts temporaires	111 617 455	357 432 222
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	225 268	-
Dettes à long terme	739 184 079	225 849 503
Total	851 026 802	583 281 725

Du montant des emprunts temporaires totalisant 111 617 455 \$, un montant de 92 617 455 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde des emprunts temporaires de 19 000 000 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05%. Ces intérêts ne sont pas pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Du montant des avances de fonds - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 739 409 347 \$, un montant de 225 268 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 739 184 079 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 682 783 240 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 56 400 839 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisses et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

*iii. Autre risque de prix*

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

**Notes aux états financiers** (suite)**13. ÉVENTUALITÉS**

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement fait l'objet de réclamations relativement à des griefs.

Celles-ci totalisent une somme de 1 052 801\$ \$ au 31 mars 2017 (941 956 \$ au 31 mars 2016). Une provision de 6 327 \$ a été comptabilisée sous le poste « Autres créditeurs et autres charges à payer » pour couvrir toutes les pertes éventuelles probables relativement à ces griefs. Pour le solde de 1 046 474\$ aucune provision n'a été comptabilisée car la direction n'est pas en mesure d'évaluer leur issue à la date d'approbation des états financiers.

**14. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES**

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

**Notes aux états financiers** (suite)**15. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS****a. OPTILAB**

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1<sup>er</sup> avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

La valeur comptable nette des équipements des laboratoires de biologie médicale transférés est de 3 960 892\$ au 31 mars 2017.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

Précisions aux états financiers - Partie 2

<u>Numéro</u>	<u>Note</u>		
8	<b>MODIFICATIONS COMPTABLES AVEC RETRAITEMENT DES ANNÉES ANTÉRIEURES (P.202-00, L2, C.3 et C.4)</b>		
	Le détail des modifications comptables avec retraitement des années antérieures est présenté à la note 3 de la page 270.		
9	<b>AUTRES ÉLÉMENTS N'AFECTANT PAS LA TRÉSORERIE ET LES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-02, L.18, C.1 et C.2)</b>		
		2016-2017	2015-2016
		\$	\$
	Écart de financement	(15 178 507)	(9 553 359)
	Dettes à long terme – emprunts effectués	523 777 997	31 738 244
	Dettes à long terme – emprunts remboursés	(9 402 457)	(24 024 852)
	Emprunts temporaires effectués	338 236 520	173 811 929
	Emprunts temporaires remboursés	(539 699 324)	(32 805 228)
	Total	297 734 229	139 166 734

### **Donations – Fondation CHU Sainte-Justine et Fondation Mélio**

L'établissement a comptabilisé une contribution de 71 345 030 \$ en 2016-2017 (27 219 318 \$ en 2015-2016) de la Fondation CHU Sainte-Justine au cours de l'exercice ainsi qu'une somme de 101 314 \$ (189 788 \$ en 2015-2016) de la Fondation Mélio. Le solde à recevoir sur ces contributions au 31 mars 2017 totalise 6 673 249 \$ (13 161 302 \$ en 2015-2016) pour la Fondation CHU Sainte-Justine et 32 665 \$ (130 046 \$ en 2015-2016) pour la Fondation Mélio. Les contributions servent à financer des acquisitions d'immobilisations ainsi que divers projets.

**Charges par programme – Services (non audités)**

Programmes	2017	2016	Variation
Santé publique	429 648 \$	627 120 \$	(197 472) \$
Services généraux	207 736	164 666	43 070
Soutien à l'autonomie	2 702 069	2 695 079	6 990
Déficiences physiques	22 259 472	22 523 479	(264 007)
Jeunes en difficulté	813 235	813 949	(714)
Santé mentale	4 365 572	5 439 300	(1 073 728)
Santé physique	253 556 246	248 369 947	5 186 299
Administration	23 965 051	25 142 375	(1 177 324)
Soutien aux services	28 138 437	26 801 924	1 336 513
Gestion des bâtiments et des équipements	33 428 918	29 052 610	4 376 308
<b>Total général</b>	<b>369 866 384 \$</b>	<b>361 630 449 \$</b>	<b>8 235 935 \$</b>

## ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Le déficit total présenté à la page 200 du rapport financier annuel est de 719 729 \$.

L'excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation comme présenté à la page 200 du rapport financier annuel se solde à 1 662 027 \$.

Cet excédent se répartit comme suit :

	\$
Déficit activités principales	(11 322 415)
Surplus activités accessoires	9 700 388
Déficit total du fonds d'exploitation	(1 622 027)

Les mesures d'optimisation imposées au cours des dernières années, ainsi que la pression sur les dépenses engendrée par l'ouverture du nouveau bâtiment des unités spécialisées, ne nous ont pas permis de mettre en place des mesures d'atteinte de l'équilibre qui n'auraient pas un impact significatif sur la clientèle et l'accès.

Nous arrivons à la constatation que, pour atteindre l'équilibre budgétaire, le CHU Sainte-Justine devait compromettre significativement l'accès aux soins et aux services spécialisés des mères et des enfants du Québec.

Le surplus des activités accessoires se détaille comme suit :

	\$
Surplus activités de recherche	8 501 639
Surplus exploitation du parc de stationnement	1 209 443
Déficit autres activités accessoires	(10 694)
Surplus total activités accessoires	9 700 388

Le surplus de 8 501 639 \$ des activités de recherche résulte de la matérialisation des mesures du plan de redressement budgétaire adopté par le conseil d'administration le 9 août 2016. Ce plan a pour but de résorber le déficit cumulé de 10 063 000 \$ au 31 mars 2016 engendré par des projets de recherche non couverts par une entente. Le solde de 1 561 361 \$ se matérialisera sur les quatre prochaines années. À cet effet, une entente de versement a été conclue le 11 avril 2017. Le dernier versement relatif à cette entente est prévu en mars 2021.

Le surplus des activités d'exploitation du stationnement présenté aux activités accessoires contribue à réduire le déficit des activités principales pour un montant de 1 209 443 \$ en 2016-2017.

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'immobilisations comme présenté à la page 200 du rapport financier annuel se solde à 902 298 \$. De cet excédent, un montant de 761 370 \$ doit servir à compenser la dépense d'amortissement et les frais d'intérêts sur emprunts des immobilisations acquises par projets autofinancés.

Des discussions sont en cours avec le MSSS afin d'obtenir un financement récurrent de 14 M\$ permettant de couvrir les coûts engendrés par l'augmentation de la lourdeur de la clientèle et l'augmentation des volumes d'activités tel que précisé dans le plan clinique de Grandir en santé. Ce financement permettrait à l'établissement d'atteindre l'équilibre budgétaire.

## CONTRATS DE SERVICES

Rapport annuel de gestion - LGCE/Contrats de services => 25 000 \$	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	20	900 699 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	60	16 984 098 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>80</b>	<b>17 884 797 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaire ou non

<sup>2</sup> Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

**Note CHUSJ : Les informations transmises incluent tout type de contrats de services, dont les contrats de services conclus par le biais des groupes d'approvisionnement en commun, les contrats conclus entre établissements publics, ainsi que ceux n'impliquant aucun fonds public.**



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

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve                    O : Observation                    C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé                    PR : Partiellement Régulé                    NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
<p>Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591 \$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).</p> <p>Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 796 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.</p> <p>Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 576 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.</p> <p>Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 963 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.</p>	2013-2014	R	Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile. Les contrats se terminent le 15 octobre 2018.		PR	
Des réserves figurent au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures et concernant également les débiteurs et revenus des activités de recherche.	2015-2016	R	<p>Pour les contrats conclus avec la Société québécoise des infrastructures aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS.</p> <p>Pour les débiteurs et revenus des activités de recherche, les mesures</p>		PR	

			prévues au plan de redressement sont réalisées en fonction de l'échéancier établi.			
Une réserve figure au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures. Ces contrats sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2016-2017	R	Aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS.			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Quatre contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2009-2010 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 68 591\$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.  Un contrat de location-acquisition signé au cours de l'exercice 2010-2011 pour de l'équipement informatique et d'une valeur de 796 \$ au 31 mars 2014 n'a pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.  Deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 pour la location de deux voitures et d'une valeur de 30 576 \$ au 31 mars 2014 n'ont pas fait l'objet d'une autorisation écrite du MSSS.  Ces contrats de location-acquisition pour un total de 99 963 \$ sont présentés dans le passif à long terme du fonds d'immobilisations.	2013-2014	C	Seuls les deux contrats de location-acquisition signés au cours de l'exercice 2013-2014 sont encore en cours. Les voitures sont utilisées par le service des soins à domicile. Les contrats se terminent le 15 octobre 2018.			PR
Les opérations non monétaires ne sont pas toutes divulguées dans l'état des flux de trésorerie.	2015-2016	C	Les mesures ont été prises afin que l'information soit divulguée en 2016-2017.	R		
L'établissement a encouru un déficit au montant de 719 729 \$, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2016-2017	C	Des discussions sont en cours avec le MSSS afin d'obtenir un rehaussement budgétaire.			NR
Les frais reportés liés aux dettes	2016-2017	C	Pour ces deux commentaires,			NR

devraient être présentés à l'encontre de la dette et non à titre d'actif.						
Une réserve figure au rapport de l'auditeur indépendant concernant les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures.			aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le MSSS.			
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
La version de la base de données Oracle (9) pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée.	2014-2015 2015-2016	O	La Direction des technologies travaille actuellement sur un plan de rehaussement du serveur GRF-GRM vers la version Oracle 11. Ce rehaussement est prévu dans les prochains mois.			NR
L'Établissement ne dispose pas de processus formel de révision périodique des comptes à hauts privilèges au réseau.	2014-2015	O	Une procédure sur la révision des comptes à hauts privilèges du réseau est maintenant en application.	R		
Les revues annuelles d'accès, ainsi que des privilèges d'accès, aux applications GRM et GRH-Paie, n'ont pas été effectuées durant la période auditée (2016).	2015-2016	O	Les revues annuelles d'accès ainsi que des privilèges d'accès ont été complétées au cours de l'exercice 2016-2017	R		
L'approbation pour un changement mineur réalisé dans la période pour GRM n'a pas été conservée. L'Établissement devrait conserver la documentation importante ayant trait à la gestion des changements, notamment pour des changements majeurs tels que des changements d'applications qui pourraient avoir lieu dans les prochaines années.	2016-2017	O	Habituellement la documentation est conservée. La documentation pour ce changement mineur a été détruite suite à un problème technique de sauvegarde de courriels.			NR
Le fournisseur Logibec accède aux applications GRF, GRM ou GRH-Paie et à leurs bases de données avec leurs accès privilégiés sans obtenir systématiquement l'approbation des pilotes via un billet dans le système de billetterie, Omnitracker.  Les privilèges d'accès des fournisseurs du CHU Sainte-Justine devraient être restreints afin de réduire le risque d'accès non autorisés. L'Établissement devrait fermer l'accès réseau présentement accessible en tout temps par le fournisseur Logibec. Une	2016-2017	O	L'Établissement a fermé l'accès réseau au fournisseur Logibec le 19 mai 2017. Une demande formelle d'accès au réseau du CHU Sainte-Justine par Logibec devra être systématiquement approuvée par les pilotes d'applications. Une demande dans l'application de billetterie Omnitracker devra s'y trouver.			NR

demande formelle d'accès au réseau du CHU Sainte-Justine par Logibec devrait être systématiquement approuvée par les pilotes d'applications dans son système de billetterie, Omnitracker.						
---	--	--	--	--	--	--

# ANNEXE 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIES  
DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHUM - CHUSJ

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIES DES MEMBRES  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
UNIQUE CHUM - CHUSJ**

**Règlement proposé et adopté par le  
Conseil d'administration unique  
CHUM – CHUSJ**

**Le 17 juin 2016**

**(rés.CA.RCHUM-CHUS)**

TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>2</b>
<b>SECTION 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>3</b>
<b>SECTION 2. — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....</b>	<b>6</b>
<b>SECTION 3. — CONFLIT D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>9</b>
<b>SECTION 4. — APPLICATION .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DE L'ADMINISTRATEUR.....</b>	<b>14</b>
<b>ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE.....</b>	<b>15</b>
<b>ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DE L'ADMINISTRATEUR .....</b>	<b>16</b>
<b>ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....</b>	<b>16</b>
<b>ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....</b>	<b>20</b>

## PRÉAMBULE

L'administration des établissements publics de santé et de services sociaux tels que le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre les établissements et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Le présent *Code d'éthique et de déontologies des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine* en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un administrateur. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues aux établissements.

Le présent *Code* s'inscrit dans le cadre de la mission, de la vision et des valeurs de chaque établissement administré par le conseil d'administration.

Plus spécifiquement, la mission du CHUM est, notamment, de dispenser des services diagnostiques, des soins généraux, spécialisés et surspécialisés de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle adulte locale, régionale et suprarégionale, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. Il est aussi, en partenariat avec l'Université de Montréal, un chef de file en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Quant au CHU Sainte-Justine, la mission est d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec en collaboration avec les partenaires du système de santé et ceux des milieux d'enseignement et de la recherche. Le CHU Sainte-Justine entend assumer pleinement chacun des six mandats découlant de sa mission universitaire : soins spécialisés et ultraspécialisés, 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.

De plus, le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine met l'accent sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

## **SECTION 1. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **1.1. Préambule**

Le préambule est les annexes font partie intégrante du présent code.

### **1.2. Objectifs généraux**

Le présent Code a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Néanmoins, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.

Le Code d'éthique et de déontologies des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine:

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

Tout membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes applicables auront priorité.

### **1.3. Fondement légal**

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30) et le *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

### **1.4. Définitions**

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

*Administrateur* : membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

*Code* : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.

*Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

*Comité de gouvernance et d'éthique* : comité de gouvernance et d'éthique du Conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin.

*Conflit d'intérêts* : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

*Conjoint* : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

*Conseil d'administration* : conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, tel que défini par l'article 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, c. O-7.2) et le décret numéro 785-2015 du 2 septembre 2015 du Gouvernement du Québec;

*Entreprise* : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

*Établissement* : le Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) ou le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

*Famille immédiate* : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

*Faute grave* : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à un administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les autres administrateurs.

*Intérêt* : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

*LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

*LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

*Personne indépendante*<sup>1</sup> : Tel que défini à l'article 131 de la LSSSS, une personne se qualifie comme indépendante, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé) Ci-joint à l'Annexe VIII.

<sup>2</sup> BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des

*Renseignements confidentiels* : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement ou à l'établissement lui-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un administrateur serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe.

### **1.5. Champ d'application**

Tout administrateur est assujéti aux règles du présent Code.

### **1.6. Entrée en vigueur, application et révision**

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil d'administration lors d'une de ses séances régulières.

### **1.7. Diffusion**

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

## **SECTION 2. — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

### **2.1. Principes d'éthique**

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, de ces principes éthiques, le l'administrateur 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 et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission de l'établissement et au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

### **2.2. Règles de déontologie**

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont la violation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités à l'article 3 du présent Code. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent aux administrateurs ce qui est prescrit et proscrit.

Ainsi, l'administrateur doit notamment :

### **2.3. Disponibilité et compétence**

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'esprit de collaboration.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.
- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

#### **2.4. Respect et loyauté**

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve et de solidarité à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

#### **2.5. Impartialité**

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

#### **2.6. Transparence**

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les administrateurs, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

#### **2.7. Discrétion et confidentialité**

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

#### **2.8. Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **2.9. Relations publiques**

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

#### **2.10. Charge publique**

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

#### **2.11. Biens et services de l'établissement**

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

#### **2.12. Avantages et cadeaux**

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

#### **2.13. Interventions inappropriées**

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.
- S'abstenir de toute activité de lobbysme au sens de la *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).
- S'abstenir d'exercer toute autorité individuelle sur quelque dirigeant ou employé de l'établissement.
- S'abstenir d'entraver de quelque façon que ce soit le comité d'examen *ad hoc*

### SECTION 3. – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1.** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 3.2.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, l'administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres administrateurs.
- 3.3.** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits **d'intérêts** :
- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
  - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
  - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
  - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
  - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 3.4.** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts financiers qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts de l'administrateur* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 3.5.** L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V du présent Code.

- 3.6.** L'administrateur qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 3.7.** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.
- 3.8.** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au président-directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe VI du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le président-directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité d'examen *ad hoc*.

## **SECTION 4. – APPLICATION**

### **4.1. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie**

Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire le formulaire *Engagement et affirmation de l'administrateur* de l'annexe I. Tout nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. Cet engagement devra également être renouvelé annuellement par tous les administrateurs.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

### **4.2. Comité de gouvernance et d'éthique**

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des administrateurs;
- c) informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les administrateurs sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable à l'administrateur en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

### **4.3. Comité d'examen *ad hoc***

4.3.1. Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de d'administrateurs ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

4.3.2. Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

4.3.3. Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

4.3.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

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

#### **4.4. Processus disciplinaire**

4.4.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

4.4.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

4.4.3. Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

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

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

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

4.4.7. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

- 4.4.8. Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
  - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
  - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
  - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 4.4.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 4.4.10. Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.4.11. Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.
- 4.4.12. Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Le conseil d'administration peut également recommander à l'administrateur concerné de suivre une formation sur l'éthique et la déontologie. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 4.4.13. Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

#### **4.5. Notion d'indépendance**

L'administrateur, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

#### **4.6. Obligations en fin du mandat**

L'administrateur doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

**Annexe I – Engagement et affirmation de l'administrateur**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, adopté par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_ *[date d'adoption]*, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CHUM et le CHU Sainte-Justine.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_ *[prénom et nom en lettres moulées]*, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et je m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

\_\_\_\_\_  
**Nom du commissaire à l'assermentation**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

**Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine due aux faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'administrateur**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

### Annexe III – Déclaration des intérêts de l'administrateur

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées],  
membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine, déclare les éléments  
suivants :

#### 1. Intérêts financiers

- Je ne détiens pas d'intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts financiers, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu

### Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées],  
président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration unique CHUM-CHU

Sainte-Justine, déclare les éléments suivants :

### 1. Intérêts financiers

- Je ne détiens pas d'intérêts financiers dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts financiers, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées]* :

---

---

---

### 2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]*:

---

---

---

### 3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine et m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration unique CHUM-CHU Sainte-Justine déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'administrateur**

\_\_\_\_\_  
**Date** *[aaaa-mm-jj]*

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], estime que l’administrateur suivant : \_\_\_\_\_, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

**Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ *[prénom et nom en lettres moulées]*, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** *[aaaa-mm-jj]*

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## ANNEXE 2

RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION UNIQUE CHUM - CHUSJ

**RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
UNIQUE CHUM - CHUSJ**

**Règlement proposé et adopté par le  
Conseil d'administration unique  
CHUM – CHUSJ**

**Le 22 avril 2016, modifié le 17 juin 2016**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>3</b>
<b>SECTION 2 — CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>6</b>
<b>SECTION 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE .....</b>	<b>14</b>
<b>SECTION 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL.....</b>	<b>16</b>
<b>COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE.....</b>	<b>16</b>
<b>COMITÉ DE VÉRIFICATION .....</b>	<b>17</b>
<b>COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....</b>	<b>18</b>
<b>SECTION 5 — COMITÉS FACULTATIFS.....</b>	<b>22</b>
<b>COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....</b>	<b>22</b>
<b>COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES.....</b>	<b>22</b>
<b>SECTION 6 - INSTANCES ET AUTRES COMITÉS .....</b>	<b>24</b>
<b>COMITÉ DE GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>24</b>
<b>COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....</b>	<b>24</b>
<b>MÉDECIN EXAMINATEUR .....</b>	<b>25</b>
<b>COMITÉ DE RÉVISION.....</b>	<b>25</b>
<b>COMITÉ DES USAGERS .....</b>	<b>26</b>
<b>COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE.....</b>	<b>27</b>
<b>CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS .....</b>	<b>28</b>
<b>CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....</b>	<b>29</b>
<b>CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR .....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES.....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES.....</b>	<b>31</b>
<b>SECTION 10 — DISPOSITIONS FINALES.....</b>	<b>32</b>

*Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objet

Le présent document a pour objet d'établir le règlement interne du conseil d'administration de l'établissement, tel que stipulé au premier alinéa de l'article 106 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) (LSSSS) :

*« L'établissement peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités. Il doit toutefois édicter des règlements sur toute matière déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 6° de l'article 505, lorsqu'elle relève de la compétence de l'établissement. »*

Puisqu'aucun règlement n'a été adopté en vertu du paragraphe 6° de l'article 505 de la LSSSS, c'est l'article 6 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5) qui s'applique. Celui-ci prévoit notamment :

*« Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris (RLRQ, c. S-5) peut adopter les règlements nécessaires pour l'exercice des responsabilités de l'établissement, et il doit adopter des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activités de l'établissement:*

*1° sa régie interne; (...) ».*

### 2. Champ d'application

Le présent règlement s'applique à la régie interne du Conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine.

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions ou termes suivants signifient :

- a) *Acte constitutif d'un établissement* – La loi qui le constitue, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution.

En cas de divergence entre la LSSSS et l'acte constitutif d'un établissement, y compris toute disposition applicable de la loi sous l'autorité de laquelle son acte constitutif a été accordé, la LSSSS prévaut (art. 315, al. 2, LSSSS).

- b) *CHUM* – Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- c) *CHU Sainte-Justine* – Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;
- d) *Commissaire* – Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services nommés par le conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine;
- e) *Commissaire adjoint* – Les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services nommés par le conseil d'administration du CHUM et du CHU Sainte-Justine;

- f) *Conseil d'administration* – Le conseil d'administration unique CHUM et CHU Sainte-Justine, tel que défini par l'article 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2) et décret numéro 785-2015 du 2 septembre 2015 du Gouvernement du Québec;
- g) *CU – Comité des usagers*;
- h) *Installations* : Toutes les installations qui sont sous la responsabilité du CHUM ou du CHU Sainte-Justine;
- i) *LMRSSH – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2);
- j) *LSSSS – Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2);
- k) *Ministre* – Le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- l) *Personne indépendante* – Une personne se qualifie comme indépendante, entre autres, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement (art. 131, LSSSS);
- m) *Président-directeur général ou président-directeur général adjoint* – Le Président-directeur général du CHUM et du CHUSJ ou Président-directeur général adjoint du CHUM ou Président-directeur général adjoint du CHUSJ, tel que précisé aux articles 32 et 33 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2);
- n) *Regroupement CHUM-CHUSJ* – Les deux établissements conserveront leur entité juridique propre ainsi que leur indépendance financière. Il s'agit du regroupement de deux établissements distincts sous une même gouverne. Le CHUM et le CHU Sainte-Justine préserveront ainsi leur identité respective mais relèveront d'un conseil d'administration et d'un PDG unique. Ce regroupement permettra notamment d'avoir une meilleure intégration des services afin d'assurer une continuité dans la prestation des soins lors du passage de l'enfance à l'âge adulte;
- o) *ROAÉ – Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5);
- p) *Séance* – Une séance régulière, spéciale ou annuelle d'information du conseil d'administration;
- q) *Séance régulière* – Une rencontre publique ou exceptionnellement à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant dans son cadre habituel, sans condition particulière, tel que convenu par résolution du conseil;
- r) *Séance spéciale* (art. 164, LSSSS) – Une rencontre publique ou à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant, en cas d'urgence et portant sur un ou des sujets précis, à un moment imprévu à l'intérieur du calendrier;
- s) *Séance annuelle d'information* – Une rencontre annuelle ouverte aux citoyens et durant laquelle les membres du conseil d'administration doivent alors présenter les renseignements contenus au rapport d'activité et au rapport financier annuel de l'établissement. Le rapport sur l'application de

la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits doit également y être présenté. Une période de questions est prévue relativement à ces rapports;

#### 4. Primauté

En cas d'incompatibilité entre la LMRSSS, la LSSSS, l'acte constitutif ou les règlements, la LMRSSS prévaut sur la LSSSS, celle-ci prévaut sur l'acte constitutif et les règlements et l'acte constitutif prévaut sur les règlements.

#### 5. Siège

Le siège du CHUM est établi au **850, St-Denis, Montréal**, Québec, et ce, tel que précisé à l'acte constitutif (art. 319, LSSSS).

Le siège du CHU Sainte-Justine est établi au **3175 Chemin Côte Sainte-Catherine, Montréal**, Québec, et ce, tel que précisé à l'acte constitutif (art. 319, LSSSS).

#### 6. Sceau

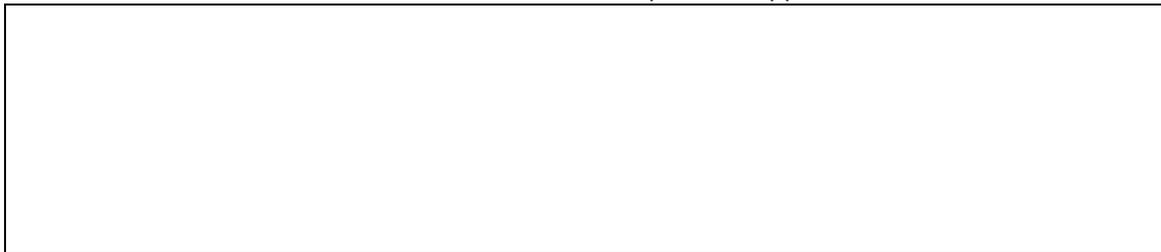
Le sceau de chaque établissement est conservé à leur siège respectif ou au lieu déterminé par résolution du conseil d'administration (art. 26, LMRSSS et art. 168, LSSSS).

Toute personne autorisée par règlement du conseil d'administration a le pouvoir d'appliquer le sceau à tout document le requérant, mais son apposition ne confère aucune valeur au document, à moins qu'elle ne soit accompagnée de la signature de la personne ou des personnes autorisées à signer tel document.

Le sceau officiel du **CHUM** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



Le sceau officiel du **CHU Sainte-Justine** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



Le sceau officiel du **Regroupement CHUM-CHUSJ** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



## Section 2 — CONSEIL D'ADMINISTRATION

### 7. Obligation de prêter serment

À la suite de sa nomination, de sa désignation ou d'une résolution du conseil dans le but de combler un poste vacant, les membres du conseil d'administration doivent signer le formulaire « *Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration* » ayant le libellé suivant :

*« Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration de (nom de l'établissement), déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, adoptés par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers \_\_\_\_\_. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions. »*

#### 7.1. Protection des membres

Le CHUM et le CHU Sainte-Justine assurent la défense d'un membre du conseil d'administration qui a agi à ce titre et qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Le paiement des dépenses, lors d'une poursuite pénale ou criminelle, des membres du conseil d'administration qui ont agi à ce titre, est remboursé, mais uniquement lorsqu'ils avaient des motifs raisonnables de croire que leur conduite était conforme à la loi ou qu'ils ont été libérés ou acquittés, ou que la poursuite a été retirée ou rejetée (art. 175, LSSSS).

Chaque établissement doit s'assurer de maintenir son adhésion auprès de la direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux de Sigma Santé ou de toute autre association reconnue par le Ministre pour négocier et conclure un contrat s'assurance de la responsabilité civile à l'avantage des établissements du réseau et pour en gérer la franchise (art. 267, LSSSS).

### 8. Vacance

Un membre du conseil d'administration cesse de faire partie du conseil d'administration et son poste devient vacant par suite de :

- a) son décès;
- b) sa démission dûment acceptée par le conseil d'administration;
- c) sa perte de qualité;
- d) sa destitution par le conseil d'administration pour motif d'absence non motivée;
- e) sa suspension ou révocation (art. 152, 153 et 498, LSSSS et art. 21, LMRSSS).

Toute vacance survenant au cours de la durée du mandat d'un membre du conseil d'administration est comblée pour la durée non écoulée du mandat.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration désigné, la vacance est comblée par résolution du conseil d'administration pourvu que la personne visée par la résolution possède les qualités requises

pour être membre du conseil d'administration au même titre que celui qu'elle remplace. Une vacance qui n'est pas comblée par le conseil d'administration dans les 120 jours peut l'être par le ministre.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration nommé, la vacance est comblée par le ministre qui n'est alors pas tenu de suivre les règles de nomination prévues aux articles 15 et 16. Il peut toutefois demander au président-directeur général du CHUM et du CHU Sainte-Justine de lui fournir des propositions de candidatures.

### **8.1. Absence non motivée**

Une absence est considérée non motivée lorsque le membre du conseil d'administration ne fournit aucun motif pour la justifier, au plus tard le jour de la tenue de la séance du Conseil.

### **8.2. Destitution**

La destitution d'un membre du conseil d'administration pour motif d'absence non motivée peut se faire après trois séances régulières et consécutives. Avant de décider de destituer un membre du conseil d'administration, le conseil d'administration doit l'aviser et lui permettre de se faire entendre ainsi que son avocat, le cas échéant.

### **8.3. Démission**

Tout membre du conseil d'administration peut démissionner de son poste en transmettant au secrétaire du conseil un avis écrit de son intention. Il y a vacance à compter de l'acceptation de la démission par le conseil d'administration (art. 153, LSSSS et 21, LMRSSS).

### **8.4. Suspension et révocation**

Les membres du conseil d'administration doivent respecter le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (RLRQ, c. M-30, r. 1, le « Règlement »). En cas de non-respect de ce règlement, la sanction qui peut être imposée peut aller jusqu'à la suspension ou la révocation de son mandat (art. 41 du Règlement).

## **9. Séances**

### **9.1. Calendrier**

Le conseil d'administration se réunit au moins six fois par année. Il doit également se réunir à la demande du président ou à la demande écrite du tiers de ses membres du conseil d'administration en fonction (art. 176, LSSSS).

Chaque année, le conseil fixe, par résolution, le calendrier des séances. Toutefois, lorsqu'une séance ne peut avoir lieu suivant ce calendrier, le conseil d'administration choisit, par résolution, une nouvelle date.

### **9.2. Lieu(x)**

Les séances du conseil d'administration se tiennent en alternance au siège social du CHUM et au siège social du CHU Sainte-Justine, elles peuvent toutefois se tenir en tout autre lieu désigné sur le territoire des deux établissements aux endroits désignés par le conseil d'administration.

La salle où se tiennent les séances du conseil doit comprendre une section destinée aux membres du conseil d'administration et une autre, au public.

### **9.3. Convocation**

Une séance du conseil d'administration est convoquée par le président, le président-directeur général ou le tiers des membres du conseil en fonction, pourvu qu'un avis écrit leur soit donné, ou sans avis si tous sont présents ou ont renoncé par écrit à l'avis de convocation de la séance.

#### **9.4. Délai d'avis de convocation**

Le délai d'avis de convocation d'une séance du conseil d'administration est :

- a) d'au moins sept (7) jours pour une séance régulière;
- b) d'au moins quarante-huit (48) heures pour une séance spéciale;
- c) d'au moins quinze (15) jours pour une séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS et 30, LMRSSS).

#### **9.5. Expédition de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation peut être transmis à chaque membre du conseil d'administration, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur, par courrier électronique, via le site Web du conseil d'administration (chum.chusj.org) dans la section réservée aux membres du conseil d'administration ou, en cas d'urgence, par téléphone (art. 160 et 177, LSSSS).

#### **9.6. Affichage de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation d'une séance doit être affiché dans les deux établissements dans un endroit visible et accessible au public, sur le site Internet de chaque établissement et peut être communiqué aux médias locaux. Cette dernière publication est obligatoire dans le cas de la tenue de la séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS).

#### **9.7. Contenu de l'avis de convocation**

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la séance. Dans le cas d'une séance spéciale, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être transigés. L'avis de convocation doit résumer la procédure à suivre lors de la période de questions ou indiquer le moyen de se la procurer.

#### **9.8. Renonciation à l'avis de convocation**

Tout membre du conseil d'administration peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une séance du conseil. Toutefois, sa seule présence à la séance équivaut à une renonciation, sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de sa convocation.

#### **9.9. Non-réception de l'avis de convocation**

La non-réception de l'avis par un membre du conseil d'administration n'invalidera pas la séance, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

#### **9.10. Personne invitée aux séances**

Peut être invitée aux séances du conseil d'administration toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations.

## **10. Règles de fonctionnement des séances du conseil d'administration**

### **10.1. Caractère public des séances du conseil d'administration et des documents**

Le conseil d'administration siège en séance régulière ou spéciale. Les séances du conseil d'administration sont publiques. Toutefois, le conseil peut décréter le huis clos, notamment, dans les cas suivants :

- a) lorsqu'il l'estime opportun pour éviter un préjudice à une personne;
- b) lorsqu'il délibère sur la négociation des conditions de travail.
- c) lorsqu'il l'estime nécessaire pour assurer la bonne continuité des opérations des établissements.

Les décisions prises, lors des séances tenues à huis clos, ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'elles contiennent.

Les documents déposés ou transmis au conseil d'administration et les renseignements fournis lors des séances publiques de même que les procès-verbaux de ces séances ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'ils contiennent (art. 161, LSSSS).

Les membres du conseil d'administration doivent en recevoir une copie avec l'avis de convocation. Toutefois, dans des cas exceptionnels, un document peut être déposé séance tenante.

### **10.2. Participation à distance**

Les membres du conseil d'administration peuvent, si tous sont d'accord, participer à une séance publique du conseil à l'aide de moyens (ex. : téléphone ou visioconférence) permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux. Il doit toutefois être prévu un endroit permettant au public d'assister à la séance et de participer à la période de questions. Les participants sont réputés avoir *participé* à cette séance (art. 161.1, LSSSS).

En cas d'urgence, les membres du conseil d'administration peuvent, si le nombre de membres nécessaire au quorum est atteint et que tous y consentent, participer à une séance spéciale par voie de conférence téléphonique (art. 164, LSSSS).

### **10.3. Ouverture des séances**

La présence du président ou du vice-président est obligatoire pour la tenue des séances du conseil.

À l'heure indiquée dans l'avis de convocation, le président ouvre la séance, à moins que le quorum ne soit pas atteint. En cas de retard, un délai maximal de trente (30) minutes est accordé après l'heure indiquée dans l'avis de convocation ou dans la proposition d'ajournement. Passé ce délai, le secrétaire dresse, à la demande du président, du vice-président ou d'un membre du conseil d'administration, un procès-verbal de l'heure, enregistre les présences et y consigne que la séance ne peut être tenue, faute de quorum.

### **10.4. Présidence et procédure aux séances**

Le président préside les séances et est responsable de tout ce qui concerne la procédure. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes. En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du président, le vice-président préside la séance ou, à défaut, la séance est suspendue par un membre du conseil d'administration désigné par le conseil à cette fin.

Les séances du conseil d'administration traitent des dossiers du CHUM, des dossiers du CHU Sainte-Justine et des dossiers concernant le Regroupement CHUM-CHU Sainte-Justine selon l'ordre prévu à l'ordre du jour.

#### **10.5. Secrétaire**

Le secrétaire ou, en son absence, un membre du conseil d'administration désigné par le conseil agit comme secrétaire.

#### **10.6. Ordre du jour**

La personne autorisée à convoquer une séance du conseil d'administration prépare l'ordre du jour. Le conseil d'administration adopte l'ordre du jour au début de la séance. Toutefois, l'ordre des sujets peut être modifié, avec le consentement de la majorité des membres du conseil présents.

L'ordre du jour d'une séance spéciale doit se limiter aux sujets inscrits dans l'avis de convocation.

L'ordre du jour d'une séance régulière du conseil doit comprendre les points suivants : l'adoption de l'ordre du jour, l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, les sujets sur lesquels le conseil doit prendre une décision et la période de questions réservée au public.

#### **10.7. Quorum**

Le quorum aux séances du conseil d'administration est constitué de la majorité de ses membres en fonction et qui détiennent un droit de vote, dont le président et le vice-président (art. 162, LSSSS).

Lorsque, pendant la séance, un membre du conseil d'administration dénonce le fait qu'il n'y a plus quorum, le président demande au secrétaire de procéder à l'appel des noms. Si l'appel des noms démontre qu'il n'y a pas quorum, la séance est suspendue. Si le quorum n'est pas rétabli après quinze (15) minutes, la séance est ajournée jusqu'à ce qu'une autre date soit fixée par le président. Le cas échéant, un nouvel avis de convocation doit être expédié.

#### **10.8. Droit de vote**

Les membres provenant des comités ou conseils du CHUM et du CHU Sainte-Justine visés aux paragraphes 2° et 4° à 6° de l'article 10 de la LMRSSS, désignés pour agir comme membre du conseil d'administration, agissent en alternance pour une durée de six mois chacun. Un membre désigné, pendant la période où il ne siège pas au conseil d'administration, peut toutefois participer aux réunions de ce conseil, mais n'a pas de droit de vote (décret 888-2015 du 7 octobre 2014 du Gouvernement du Québec).

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec les modifications demandées, s'il y a lieu.

Lors des séances, chaque membre du conseil d'administration détenant le droit de vote a droit à un vote par résolution et est tenu de voter ou exprimer sa dissidence, sauf exception. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration. En cas de partage des voix, le président dispose d'une voix prépondérante.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou, à la demande d'un membre du conseil d'administration, par scrutin secret. Dans ce cas, le secrétaire agit comme scrutateur.

Lorsqu'un membre du conseil d'administration, en raison d'un handicap, ne peut voter selon le mode usuel, il peut recourir à tout moyen lui permettant d'exprimer clairement son opinion.

### **10.9. Résolution**

Sous réserve des dispositions de la LSSSS imposant une majorité différente, les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents.

Toute décision du conseil d'administration est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration par le président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constituent, à sa face même, la preuve de ce fait sans qu'il ne soit nécessaire de prouver la quantité ou la proportion des votes enregistrés en faveur de cette résolution ou contre elle, à moins qu'un membre du conseil n'ait demandé un décompte formel. Un membre du conseil d'administration peut demander la consignation de sa dissidence au procès-verbal de la séance, à moins que le vote n'ait eu lieu par scrutin secret.

Toute résolution dûment adoptée est exécutoire dès son adoption, à moins que le conseil ne fixe son entrée en vigueur à un autre moment.

### **10.10. Situation urgente**

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du conseil d'administration a la même valeur que si elle avait été prise en séance.

Cette résolution est déposée à la séance subséquente et conservée avec les procès-verbaux des séances du conseil d'administration (art. 164, LSSSS).

### **10.11. Ajournement**

Qu'il y ait quorum ou non, une séance du conseil d'administration peut être ajournée par le vote de la majorité des membres présents. La séance peut être reprise sans qu'il ne soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la séance ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

### **10.12. Procès-verbal**

#### **a) Contenu**

Le secrétaire doit rédiger un procès-verbal pour chaque séance du conseil d'administration. Le procès-verbal renferme sous forme d'attendus, les motifs et le libellé d'une proposition, le résumé des délibérations, le nombre de votes favorables lorsqu'un membre du conseil d'administration a demandé un décompte formel et la décision prise par le conseil d'administration. Le procès-verbal contient également un résumé succinct des questions du public et des réponses fournies, le cas échéant.

Il doit, le cas échéant, faire état de la dissidence d'un membre du conseil d'administration, mais il ne fait pas mention de l'identité de celui qui fait une proposition ou de celle ou de celui qui l'appuie.

Il doit, de plus, indiquer l'heure du début et de la fin de la séance, et les présences et absences des membres du conseil d'administration, en totalité ou en partie, motivées ou non.

#### **b) Participation à distance des membres**

Le procès-verbal d'une séance comprenant la participation à distance des membres du conseil d'administration doit faire mention du :

- i. consentement de tous les membres du conseil d'administration à l'égard de la participation à distance d'un ou des membres;
- ii. fait que la séance s'est tenue avec le concours du moyen de communication (conférence téléphonique, visioconférence, Web) qu'il indique;

- iii. nom de tous les membres du conseil physiquement présents lors de la séance;
- iv. nom des membres du conseil qui ont participé grâce à ce moyen de communication.

#### **c) Lecture et correction**

Chaque membre du conseil d'administration doit recevoir une copie du procès-verbal avant son approbation. Dans le cas contraire, le secrétaire doit lire le procès-verbal de la séance précédente avant son approbation en séance.

Tout membre du conseil d'administration qui désire apporter une correction au procès-verbal doit le faire au moment opportun et il ne peut ni changer le sens et l'objet des décisions prises, ni y ajouter des éléments qui n'y étaient pas.

#### **d) Authenticité**

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques (art. 166, LSSSS).

#### **e) Lieu de conservation**

Les procès-verbaux, la correspondance et tout autre document liant un établissement sont conservés au siège de cet établissement. Les procès-verbaux, la correspondance et tout autre document liant les deux établissements sont conservés dans chacun des établissements.

### **10.13. Période de questions**

#### **a) Durée**

Lors de chaque séance du conseil, une période d'au plus trente (30) minutes est allouée pour permettre aux personnes présentes de poser des questions. Cette période est fixée dans l'ordre du jour, généralement dans la première partie, à moins que la majorité des membres du conseil d'administration n'en décide autrement, et ne peut être prolongée sans l'autorisation du président.

#### **b) Procédure pour soumettre une question au conseil**

Toute personne présente à une séance du conseil d'administration peut, avec l'autorisation du président, poser une question en respectant les conditions et la procédure prescrites dans la présente section.

Une personne qui désire poser une question doit se présenter à la salle où se tiendra la séance du conseil d'administration soixante (60) minutes avant l'heure fixée pour le début d'une séance du conseil d'administration. Elle doit donner au président ou à la personne qu'il désigne, son nom et son prénom et, le cas échéant, le nom de l'organisme qu'elle représente, et indiquer l'objet de sa question. Elle peut elle-même inscrire ces informations dans un registre à cet effet. Cette inscription, accompagnée des renseignements requis, peut s'effectuer au plus tard soixante (60) minutes avant la tenue de la séance, en personne ou sur le site Web du conseil d'administration ([chum.chusj.org](http://chum.chusj.org)).

La question doit porter sur la gestion des affaires des deux établissements d'intérêt public et la personne qui pose la question doit éviter les allusions personnelles, les insinuations malveillantes ou injurieuses, les paroles blessantes et les expressions grossières.

Au cours de la séance du conseil d'administration, le silence doit être observé par le public. Le président accorde le droit de parole aux personnes en respectant l'ordre des demandes.

Aucune intervention du public n'est permise avant ou après la période de questions.

### **c) Forme de la question et durée de l'intervention**

La personne a droit à une question par intervention et à un maximum de trois (3) interventions par séance.

L'intervention totale comprenant la question et la réponse est limitée à dix (10) minutes. Toutefois, le président peut permettre la prolongation de l'intervention ou la formulation d'au plus de deux (2) autres sous-questions accessoires à la question principale dans la mesure où ces sous-questions ne servent pas à engager ou à poursuivre un échange ou un débat.

### **d) Irrecevabilité d'une question**

Est irrecevable une question :

- a) qui porte sur une affaire pendante devant les tribunaux, un organisme administratif ou une instance décisionnelle, ou encore une affaire sous enquête;
- b) qui constitue davantage une hypothèse, une expression d'opinion, une déduction, une allusion, une suggestion ou une imputation de motifs qu'une question;
- c) jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- d) dont la réponse relève d'une opinion professionnelle.

### **e) Procédure**

Le président accorde la parole aux personnes, et ce, selon l'ordre d'inscription.

- 1) Le président peut répondre à la question séance tenante ou désigner une personne pour y répondre.
- 2) Si la question nécessite des recherches ou si aucune réponse ne peut être apportée séance tenante, le président peut prendre cette question en délibéré en indiquant le moment où il sera en mesure de fournir une réponse. Cette réponse peut être donnée à une réunion subséquente ou à un autre moment.
- 3) Toute réponse, écrite ou verbale, doit être claire et brève et se limiter à la question posée.
- 4) Le président, la personne désignée pour répondre à la question ou le service concerné peut refuser d'y répondre :
  - s'il juge contraire à l'intérêt public de fournir les renseignements demandés;
  - si les renseignements demandés sont des renseignements personnels;
  - si ceux-ci ne peuvent être colligés qu'à la suite d'un travail considérable ne correspondant pas à leur utilité;
  - si la question porte sur les travaux d'un conseil ou d'un comité du conseil d'administration ou d'une commission d'enquête dont le rapport n'a pas été déposé au conseil;
  - si la question a déjà été posée ou si elle a pour objet une affaire déjà à l'ordre du jour.
- 5) Lorsque la question est irrecevable, le président doit indiquer sur quels motifs il fonde sa décision qui est finale et sans appel. Le président ou un membre du conseil ne peut être tenu de déposer un document en réponse à une question ou à l'occasion de la période de questions, ni n'est tenu d'accepter le dépôt de document.
- 6) Le président veille à ce que la période de questions ne donne lieu à aucun débat entre les membres du conseil d'administration, entre une personne présente et un membre du conseil ou entre les personnes présentes.
- 7) Aucune question ou intervention ne peut conduire à l'adoption d'une proposition à moins que tous les membres du conseil d'administration présents y consentent.

8) La période de questions doit se dérouler dans l'ordre, le calme et le respect des personnes. Le président du conseil d'administration peut imposer une sanction à quiconque contrevient gravement aux règles, spécialement à celles qui ont pour objet le maintien de l'ordre. Les sanctions peuvent être un avertissement, une demande de retrait de certaines paroles, une suspension du droit de parole ou l'ordre de quitter les lieux, selon la nature du geste posé. Le président peut mettre un terme à la période de questions avant le moment prévu lorsque les circonstances le justifient en raison, notamment, de l'impossibilité de maintenir l'ordre. Si le président ordonne à une personne de quitter les lieux pour nuisance au maintien de l'ordre et que celle-ci s'y refuse, il peut être pris tout moyen raisonnable pour faire respecter la décision du président.

## **SÉANCE PUBLIQUE D'INFORMATION ANNUELLE**

11. Le conseil d'administration doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle la population est invitée à participer. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances régulières.

Les membres du conseil d'administration doivent présenter à la population, pour chaque établissement, le :

- rapport d'activité;
- rapport financier annuel;
- rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits visés à l'article 76.10 de la LSSSS et
- répondre à toute autre question adressée relativement aux rapports présentés (art. 30, LMRSSS);
- répondre de leurs priorités et de leurs nouvelles orientations (art. 177, LSSSS).

## **Section 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE**

### **12. Désignation**

Le ministre désigne, parmi les membres indépendants du conseil d'administration, le président. Le ministre peut ainsi désigner une personne plus d'une fois (art. 22, LMRSSS).

### **13. Élection**

Les membres d'un conseil d'administration élisent, parmi les membres indépendants, le vice-président (art. 23, LMRSSS). Le président-directeur général est nommé d'office secrétaire du conseil. Le président-directeur général peut être assisté d'une ou de deux adjointes dans l'exercice de ses fonctions de secrétaire.

Pour cette élection, le président du conseil d'administration agit à titre de président d'élection et désigne un scrutateur qui ne doit pas être membre du conseil.

### **14. Procédure d'élection**

L'élection se fait par et parmi les membres du conseil d'administration et ne se déroule pas dans le cadre d'une séance régulière ou d'une séance spéciale. Le président d'élection a pour mandat d'assurer le bon déroulement de la procédure d'élection et de rappeler la procédure suivante :

a) le président d'élection accepte les propositions des membres du conseil, c'est-à-dire les mises en nomination. Il refuse toute demande de la part des membres du conseil pour clore la période de

mises en nomination tant qu'il y a des propositions de noms. Cependant, la période des mises en nomination ne peut dépasser un délai raisonnable déterminé par le président;

- b) le président d'élection offre la possibilité à la personne qui propose de faire une brève présentation du candidat dont il propose la mise en nomination;
- c) lorsqu'il n'y a plus de candidatures, le président d'élection déclare close la période de mises en nomination;
- d) le président d'élection demande à chaque membre du conseil d'administration mis en nomination s'il accepte ou décline sa candidature;
- e) après acceptation par un candidat d'être mis en nomination, le président d'élection lui demande d'expliquer sa motivation à se présenter au poste soumis à l'élection;
- f) s'il n'y a qu'une seule personne mise en nomination, cette dernière est élue par acclamation;
- g) s'il y a plus d'une candidature, le président d'élection fait appel à un scrutin secret et nomme un scrutateur. Le scrutateur assume, notamment, les fonctions suivantes :
  - 1) distribuer les bulletins de vote;
  - 2) recueillir les bulletins de vote;
  - 3) avec le président d'élection, procéder au dépouillement du scrutin;
- h) le président d'élection déclare élue la personne qui obtient le plus grand nombre de votes;
- i) en cas d'égalité des votes ayant pour effet d'élire plus d'une personne, le président d'élection fait appel à un autre vote par scrutin secret, mais seulement pour les candidats visés par l'égalité des votes, jusqu'à ce qu'il y ait une majorité de votes;
- j) le président d'élection clôt la période d'élection.

Lorsque le poste de vice-président est comblé, le président d'élection a complété son mandat.

### **15. Éligibilité**

Le président et le vice-président du conseil d'administration ne peuvent être des personnes qui travaillent pour l'un ou l'autre des établissements, ni un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme qui exerce sa profession dans l'un ou l'autre des établissements (art. 22 et 23, LMRSSS).

### **16. Durée du mandat**

La durée du mandat du président et du vice-président est de deux ans.

### **17. Remplacement du président et du vice-président**

Si un vice-président cesse d'agir comme membre du conseil d'administration ou s'il démissionne, les membres du conseil doivent procéder à une nouvelle élection. Le mandat sera de la durée non écoulée du mandat du membre du conseil à remplacer.

Si un président cesse sa fonction, la vacance est comblée par le ministre.

### **18. Fonctions du président**

Le président du conseil d'administration en préside les séances, voit à son bon fonctionnement et assume toutes les autres fonctions qui lui sont assignées par règlement du conseil. Sans limiter la généralité de ce qui précède, le président remplit les fonctions suivantes :

1. rendre compte, avec le président-directeur général de l'établissement, auprès du ministre, des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité de chaque établissement;
2. signer les documents officiels du conseil d'administration;

3. assurer un rôle de vigie au regard de l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et services et à assurer l'utilisation optimale des ressources des deux établissements.

### **19. Fonction du vice-président**

Le vice-président assiste le président dans l'exercice de ses fonctions et, en cas d'absence ou d'incapacité d'agir de celui-ci, il assume les fonctions du président ou toute autre fonction qui lui est assignée par le conseil d'administration (art. 23, al. 2, LMRSSS).

### **20. Fonctions du secrétaire**

Le secrétaire remplit les fonctions suivantes :

1. agir comme secrétaire des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
2. transmettre les avis de convocation des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
3. rédiger les procès-verbaux des séances et des réunions pour lesquels il agit à titre de secrétaire et les faire signer par le président et les contresigner;
4. assurer la tenue et la conservation des archives comprenant les registres de l'établissement et les dossiers complets des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, de tout autre conseil ou comité, les livres et le sceau des deux établissements (art. 168, LSSSS);
5. certifier tout document, copie ou extrait qui émane de chaque établissement ou fait partie de ses archives (art. 166, LSSSS);
6. remplir toute autre fonction que lui assigne le conseil d'administration.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, une personne désignée le remplace.

## **Section 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL**

### **COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE**

#### **21. Composition**

Le conseil d'administration institue un comité de gouvernance et d'éthique. Ce comité est composé d'un minimum de cinq (5) membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant (art. 181, LSSSS). Le président-directeur général est membre d'office de ce comité.

#### **22. Responsabilités**

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- 1) des règles de gouvernance pour la conduite des affaires des deux établissements;
- 2) un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30);
- 3) des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- 4) un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- 5) en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

### **23. Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration de l'établissement.

### **24. Nomination d'un président**

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de gouvernance et d'éthique le président dudit comité.

## **COMITÉ DE VÉRIFICATION**

### **25. Composition**

Le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification qui doit être composé d'un minimum de trois (3) membres, dont une majorité de membres indépendants, et doit être présidé par un membre indépendant. Au moins un des membres du comité doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Les membres de ce comité ne doivent pas être à l'emploi de l'un ou l'autre des établissements ou y exercer leur profession.

### **26. Fonctionnement et responsabilités**

Les réunions et travaux du comité se divisent en deux parties, l'une concernant les dossiers du CHUM et l'autre partie concernant les dossiers du CHU Sainte-Justine.

Le comité de vérification doit, notamment :

- a) s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources humaines, financières et matérielles de chaque établissement ainsi que de son suivi;
- b) s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques financiers et budgétaires pour la conduite des affaires de chaque établissement;
- c) réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de chaque établissement portée à sa connaissance;
- d) examiner les états financiers des deux établissements avec les vérificateurs nommés par le conseil d'administration;
- e) recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- f) veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.
- g) formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de chaque établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- h) réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de chaque établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS);
- i) examiner les budgets des deux établissements.

### **27. Nomination d'un président**

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de vérification le président dudit comité.

### **28. Rapport**

Le comité de vérification fait rapport de ses activités au moment choisi par le conseil d'administration, au moins une (1) fois par année.

## COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

### 29. Composition

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue un comité de vigilance et de la qualité, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1) (art. 181.0.1, LSSSS).

Ce comité se compose de cinq (5) personnes, dont le président-directeur général et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les trois (3) autres personnes sont choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'un ou l'autre des établissements ou n'exercent pas leur profession dans l'une des installations exploitées par le CHUM ou le CHU Sainte-Justine. En outre, l'une de ces trois (3) personnes choisies par le conseil d'administration doit être la personne désignée par le comité des usagers pour siéger au sein du conseil d'administration (art. 181.0.2, LSSSS). Les personnes désignées par les comités des usagers respectifs du CHUM et du CHU Sainte-Justine siègeront en alternance sur le comité de vigilance et de la qualité pour une période de six mois et le membre qui n'a pas de droit de vote peut toutefois participer aux réunions de ce comité.

Les réunions et travaux du comité de vigilance et de la qualité se divisent en deux parties pour traiter respectivement des dossiers pertinents du CHUM et des dossiers pertinents du CHU Sainte-Justine. Le commissaire local du CHUM agira comme membre du comité de vigilance et de la qualité pour la partie des réunions et travaux du comité concernant les dossiers du CHUM et le commissaire local du CHU Sainte-Justine agira comme membre du comité de vigilance et de la qualité pour la partie des réunions et travaux du comité concernant les dossiers du CHU Sainte-Justine.

Afin de favoriser davantage la concertation et l'implication du personnel des établissements, le président du conseil d'administration peut inviter des membres représentants de conseils professionnels à participer aux réunions de ce comité sans droit de vote.

### 30. Fonctions

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- 1) recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- 2) favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de chaque établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- 3) établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- 4) faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;

- 5) assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- 6) veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- 7) exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

### **31. Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration.

### **32. Nomination d'un président**

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres du comité de vigilance et de la qualité un président pour ledit comité.

## **ARTICLES APPLICABLES AU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE, AU COMITÉ DE VÉRIFICATION ET AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ**

### **33. Durée du mandat**

À l'exception des membres d'office du comité, la durée du mandat d'un membre est d'un (1) an à partir de la date de sa nomination. Ce mandat est renouvelable. Les membres du comité restent en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

### **34. Vacance**

Un membre du comité cesse d'en faire partie et son mandat se termine :

- a) s'il cesse d'être membre du conseil d'administration selon les conditions prévues à l'article 8 du présent règlement;
- b) s'il met fin à son mandat en vertu des dispositions prévues à l'article 36 du présent règlement.

### **35. Avis et comblement de la vacance**

Le secrétaire ou, à défaut, le président du conseil d'administration doit porter à la connaissance du conseil d'administration, au plus tard à sa prochaine séance régulière, toute vacance survenue au sein de ces comités.

La vacance doit être comblée sur appel du président et par vote secret si le besoin est, et ce, pour la durée non écoulée du mandat du membre du comité à remplacer. La personne ainsi désignée doit posséder les qualités requises du poste à remplacer.

### **36. Fin de mandat**

À l'exception des membres d'office de ces comités, tout membre peut mettre fin à son mandat par écrit. Cette fin de mandat prend effet le jour de son acceptation par le conseil d'administration.

### **37. Convocation des réunions**

#### **37.1. Convocation**

Les réunions de ces comités sont convoquées par leur président respectif.

#### **37.2. Délai d'avis de convocation**

Le délai d'avis de convocation d'une réunion est d'au moins sept (7) jours. Il peut toutefois, en cas d'urgence, être réduit à vingt-quatre (24) heures.

### **37.3. Expédition de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation doit être expédié à chaque membre du comité, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur ou par courrier électronique.

### **37.4. Contenu de l'avis de convocation**

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la réunion; s'il s'agit d'une conférence téléphonique ou d'une visioconférence, l'avis doit le préciser. Dans le cas d'une réunion d'urgence, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être traités.

### **37.5. Renonciation à l'avis de convocation**

Tout membre du comité peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une réunion du comité. Toutefois, sa seule présence à la réunion équivaut à une renonciation à l'avis de convocation sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de celle-ci.

### **37.6. Non-réception de l'avis de convocation**

La non-réception de l'avis par un membre du comité n'invalidera pas la réunion, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

### **37.7. Personne invitée aux réunions**

Peut être invitée aux réunions toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations dont il a besoin pour la réalisation de ses mandats, y compris les gestionnaires, les membres du personnel et les professionnels qui exercent dans toute installation exploitée par chaque établissement.

## **38. Règles de fonctionnement**

### **38.1. Fréquence et lieu des réunions**

Ces comités se réunissent en privé au moins quatre (4) fois par année au siège de l'un ou l'autre des établissements ou à tout autre endroit fixé par la convocation.

### **38.2. En privé**

Les réunions de ces comités se déroulent en privé. Le comité peut cependant en décider autrement ou inviter les personnes qu'il juge à propos.

### **38.3. Participation à distance**

Les membres du comité peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion à distance par tout moyen leur permettant de communiquer oralement entre eux, notamment par téléphone ou par vidéoconférence. Ils sont alors réputés avoir assisté à la réunion.

### **38.4. Présidence et procédure aux réunions**

Le président du comité concerné préside les réunions et est responsable de tout ce qui concerne la procédure aux réunions. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes.

### **38.5. Secrétaire**

Un membre désigné par le comité agit comme secrétaire.

### **38.6. Ordre du jour**

L'ordre du jour des réunions est laissé à la discrétion du président du comité concerné et peut être amendé, en tout temps.

### **38.7. Quorum**

Le quorum est constitué de la majorité de ses membres en fonction.

### **38.8. Résolution**

Les résolutions, sous forme de recommandations au conseil d'administration, sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres du comité présents.

Toute décision est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration du président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constitue, à première vue, la preuve de ce fait.

### **38.9. Droit de vote**

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec ses modifications s'il y a lieu.

Lors des réunions, chaque membre du comité détenant un droit de vote a droit à un vote. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration.

En cas de partage des voix, le président ne dispose pas d'une voix prépondérante. Le vote est alors repris.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou par vote secret selon les modalités prévues à l'article 38.10.

### **38.10. Vote secret**

Un membre du comité peut demander la tenue d'un vote secret sur tout sujet jugé pertinent. Le président autorise la tenue d'un vote secret lorsque la demande est appuyée par la majorité des membres présents.

### **38.11. Situation urgente**

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du comité a la même valeur que si elle avait été prise lors de la réunion.

Cette résolution est déposée à la réunion subséquente et conservée avec les procès-verbaux des réunions.

### **38.12. Ajournement**

Qu'il y ait quorum ou non, une réunion peut être ajournée par le vote de la majorité des membres du comité présents. La réunion peut être reprise sans qu'il soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. Les membres constituant le quorum lors de l'ajournement ne sont pas tenus de constituer le quorum à la reprise de la réunion. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la réunion ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

### **38.13. Procès-verbaux et documents**

Les dispositions du présent règlement sur les procès-verbaux et les documents déposés au conseil d'administration s'appliquent en les adaptant aux procès-verbaux du comité.

## **Section 5 — COMITÉS FACULTATIFS**

Le conseil d'administration peut, au besoin, mettre en place des comités facultatifs, et ce, selon les pratiques de bonne gouvernance.

### **COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

#### **39. Formation et composition**

Le comité exécutif est composé de sept (7) membres du conseil dont :

- Le président;
- Le vice-président;
- Le président directeur-général et secrétaire du conseil d'administration;
- Quatre (4) autres membres désignés par résolution du conseil.

Entre les séances du conseil et lorsque des circonstances d'urgence empêchent la convocation du conseil en temps utile, le comité exécutif a compétence pour prendre toute décision du ressort du conseil d'administration ou de l'un de ses comités, sauf les décisions que le conseil doit décider par règlement.

#### **40. Fonctionnement**

Les réunions du comité sont convoquées par le président ou par le vice-président.

Le quorum pour la tenue d'une réunion est de quatre (4) membres.

Un avis écrit précisant la date, l'heure, l'endroit et l'ordre du jour est transmis à chaque membre du comité au moins soixante-douze (72) heures avant la réunion.

En cas d'urgence, cet avis peut être transmis verbalement vingt-quatre (24) heures avant la tenue de la réunion.

Les membres peuvent renoncer à l'avis de convocation à une réunion du comité. Leur seule présence équivaut à une renonciation à l'avis de convocation, à moins qu'ils ne soient là pour contester la régularité de la convocation.

Les membres peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion du comité à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux.

Il est tenu un procès-verbal des réunions du comité où sont consignées toutes les décisions prises lors des réunions.

Une copie du procès-verbal de chaque réunion du comité est transmise, sur demande, aux membres du conseil d'administration et en toute occurrence, déposée à la séance subséquente du conseil d'administration.

### **COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES**

#### **41. Formation et composition**

Le comité d'évaluation des mesures disciplinaires est composé de cinq (5) membres nommés par et parmi les administrateurs et dont au moins trois (3) ne font pas partie du personnel du CHUM ou du CHU Sainte-Justine ou n'y exercent pas leur profession. Le président du comité est nommé par le conseil parmi ces derniers.

## **42. Formation et compétence**

Le comité exerce la compétence dévolue au conseil d'administration par les articles 249, 250 et 251 de la LSSSS.

## **43. Fonctionnement**

Le comité se réunit aussi souvent que la conduite d'un dossier et que l'intérêt de l'un ou l'autre des établissements l'exigent.

Les réunions du comité sont convoquées par le président du comité. Un avis écrit précisant la date, l'heure, l'endroit et l'ordre du jour est transmis à chacun des membres du comité au moins soixante-douze (72) heures avant la réunion. En cas d'urgence, cet avis peut être transmis verbalement vingt-quatre (24) heures avant la tenue de la réunion.

Les membres peuvent renoncer à l'avis de convocation à une réunion du comité. Leur seule présence équivaut à une renonciation à l'avis de convocation, à moins qu'ils ne soient là pour contester la régularité de la convocation. Les membres peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion du comité à l'aide de tout moyen permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux. Toutefois, les membres doivent se réunir lorsque le comité procède à l'audition du professionnel visé par la plainte ou à celle de la personne qui a formulé cette plainte.

Le quorum est de trois (3) membres dont le président. La majorité du quorum doit être constituée de membres ne faisant pas partie du personnel du CHUM ou du CHU Sainte-Justine ou n'y exerçant pas leur profession.

Le comité siège à huis clos. Le comité exerce ses activités conformément aux règles et principes juridiques applicables au domaine de sa compétence. Un membre qui n'a pas participé à une réunion au cours de laquelle un dossier a été discuté par le comité ne peut participer à la décision du comité relative à ce dossier.

Toute décision du comité doit être prise à la majorité des membres, dont le président du comité. Les motifs de la décision peuvent, à la demande du membre concerné, inclure ceux de sa dissidence. Les décisions sont transmises aux personnes et organismes selon ce qui est prévu à la LSSSS.

Le président du comité fait rapport au conseil d'administration des décisions prises par le comité, mais il ne divulgue alors ni l'identité du plaignant ni celle de la personne visée par la plainte.

Le comité peut soumettre au conseil tout avis ou recommandation relatif à l'exercice de sa compétence.

## **Section 6 - INSTANCES ET AUTRES COMITÉS**

### **COMITÉ DE GESTION DES RISQUES**

#### **44. Composition**

Le conseil d'administration institue, dans chaque établissement, un comité de gestion des risques. La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le président-directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité (art. 183.1, LSSSS).

#### **45. Fonctions**

Le comité de gestion des risques de chaque établissement a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- 1) identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- 2) s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches suite à l'accident et à la divulgation;
- 3) assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents, et recommander au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

#### **46. Règles de fonctionnement**

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés, pour chaque établissement, par règlement du conseil d'administration.

### **COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

#### **47. Nomination**

Le conseil d'administration doit nommer un commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour chaque établissement, lequel sera sous sa responsabilité. Il est aussi responsable d'en faire l'évaluation.

Après avoir pris l'avis du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (art. 30, 173, paragraphe 2°, LSSSS).

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que ses adjoints, exercent exclusivement les fonctions prévues à l'article 33 de la LSSSS.

#### **48. Rapport annuel**

Au moins une fois par année, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités visé à l'article 33 de la LSSSS, incluant, le cas échéant, ses recommandations, ainsi que le rapport annuel du

médecin examinateur visé à l'article 50 de la LSSSS et celui du comité de révision visé à l'article 57 de la LSSSS.

## **MÉDECIN EXAMINATEUR**

### **49. Désignation**

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de chaque établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur qui exerce ou non sa profession dans une installation exploitée par l'établissement concerné. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l'un ou l'autre des établissements exploitent plusieurs installations, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire et sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, désigner un médecin examinateur par installation.

Le médecin examinateur de chaque établissement est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident en médecine (art. 42, LSSSS).

### **50. Indépendance**

Le conseil d'administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le médecin examinateur, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'il peut exercer pour l'établissement, ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de ses fonctions (art. 43, LSSSS).

### **51. Rapport annuel**

Au moins une fois par année, le médecin examinateur de chaque établissement doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que ses recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans une installation exploitée par l'établissement.

Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement qui en intègre le contenu au rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits (art. 50, LSSSS).

## **COMITÉ DE RÉVISION**

### **52. Composition**

Un comité de révision est institué dans chaque établissement. Ce comité de révision est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement.

Le président du comité est nommé parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement qui ne sont pas à l'emploi de l'établissement ou n'y exercent pas leur profession et ce président peut siéger sur le comité de révision du CHUM et le comité de révision du CHU Sainte-Justine.

Seuls les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement peuvent être nommés membres du comité de révision de cet établissement. Ces nominations sont faites par le conseil d'administration sur recommandation des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (art. 51, LSSSS).

### **53. Mandat**

La durée du mandat des membres du comité de révision est de trois (3) ans. Malgré l'expiration de leur mandat, les membres du comité de révision demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés (art. 51 al. 4, LSSSS).

### **54. Fonctions**

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne, par le médecin examinateur de l'établissement (art. 52, LSSSS).

### **55. Rapport annuel et autres rapports**

Le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, au plus tard le 30 avril de chaque année, et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions, ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement.

Un exemplaire de ces rapports est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, qui en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10 de la LSSSS ainsi qu'au Protecteur des usagers (art. 57, 76.10, 76.11, LSSSS).

### **56. Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement sont déterminées par règlement du conseil d'administration.

## **COMITÉ DES USAGERS**

### **57. Composition**

#### Comité des usagers (CU)

Le CU se compose d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement concerné et d'un représentant désigné par et parmi chacun des CR mis sur pied en application du deuxième alinéa de l'article 209 de la LSSSS, le cas échéant.

### **58. Durée du mandat**

La durée du mandat des membres des CU ne peut excéder trois ans.

### **59. Fonctions du CU**

Le CU exerce les fonctions suivantes (art. 212, LSSSS) :

- 1) Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;

- 2) Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- 3) Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- 4) accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la LSSSS ou par la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1);
- 5) S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- 6) Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 de la LSSSS.

#### **60. Règles de fonctionnement**

Chaque CU doit établir ses règles de fonctionnement. Ces dernières entrent en vigueur dès leur adoption par les membres qui les composent. Ces règles et toutes mises à jour doivent être partagées avec le conseil d'administration à des fins d'information.

#### **61. Rapport annuel d'activités des divers comités des usagers**

Chaque CU doit soumettre annuellement, selon les modalités de la circulaire 2015-019, un rapport d'activité, incluant un rapport financier, au conseil d'administration incluant les rapports d'activité des CR sous leur responsabilité et transmettre, sur demande, une copie de ce rapport au MSSS (art. 212, LSSSS).

Le conseil d'administration doit s'assurer que le contenu de ces rapports annuels d'activités, incluant un rapport financier, s'inscrivent dans le cadre de leur mandat respectif et ne comportent pas d'écarts aux dispositions législatives applicables ou au « Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents ». En cas d'écart, le conseil d'administration en informe le MSSS.

#### **COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE**

#### **62. Formation et composition du comité d'éthique de la recherche**

Un comité d'éthique de la recherche est institué dans chaque établissement.

Chacun des comités se compose d'au moins 5 membres, dont des hommes et des femmes, possédant les compétences suivantes :

- a) au moins deux personnes ayant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant du mandat du comité d'éthique de la recherche;
- b) au moins une personne ayant une expertise en éthique;

- c) au moins une personne ayant une formation en droit et une expertise dans un domaine pertinent. Cette personne ne doit pas être le conseiller juridique de l'établissement concerné;
- d) au moins une personne non affiliée à l'établissement mais provenant des groupes utilisant les services de l'établissement concerné.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent être désignés comme membres du comité d'éthique de la recherche du CHUM ou du CHU Sainte-Justine. Cette composition représente un minimum et peut être plus étendue. Dans tous les cas, la nature des représentations décrites ci-dessus devra être respectée.

### **63. Rattachement du comité d'éthique de la recherche**

Le comité d'éthique de la recherche de chaque établissement relève directement du conseil d'administration.

### **64. Durée du mandat des membres du comité d'éthique de la recherche**

La durée du mandat des membres des comités d'éthique de la recherche est de quatre ans.

### **65. Fonctions du comité d'éthique de la recherche**

Le comité d'éthique de la recherche a pour fonctions d'évaluer l'éthique des travaux de recherche au nom de l'établissement concerné, ainsi, il doit notamment :

1. S'assurer que toute demande de recherche qui lui est soumise soit respectueuse de la dignité, du bien-être, de la sécurité, de l'intégrité et des personnes;
2. Approuver les projets de recherche qui touchent les mineurs et les majeurs inaptes;
3. Faire régulière la réévaluation des projets de recherche déjà approuvés, dans un souci d'assurer un suivi continu de ces projets de recherche;
4. Approuver, faire modifier ou refuser toute demande de recherche ou tout projet de recherche;
5. Arrêter tout projet de recherche qui ne répond pas à des normes éthiques.

### **66. Règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche**

Les règles applicables au comité d'éthique de la recherche de chaque établissement se trouvent au règlement spécifiquement adopté à ce sujet par l'établissement concerné.

## **CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS**

**67.** Chaque établissement comporte un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

68. Chaque établissement comporte un conseil des infirmières et infirmiers. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

69. Chaque établissement comporte un conseil multidisciplinaire. Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## Section 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR

### 70. Exercice financier et normes comptables

L'exercice financier de chaque établissement se termine le 31 mars de chaque année. Chaque établissement doit utiliser un système comptable conforme aux normes contenues au Manuel de gestion financière publié par le ministre (art. 282, LSSSS).

### 71. Effets bancaires

Les chèques et autres effets bancaires liant financièrement le CHUM ou le CHU Sainte-Justine doivent obligatoirement requérir la signature de deux personnes parmi les personnes autorisées à signer, conformément aux résolutions adoptées par le conseil d'administration pour chacun des fonds respectifs.

### 72. Mandat

Les vérificateurs doivent, pour l'exercice pour lequel ils ont été nommé, vérifier le rapport financier de l'établissement concerné et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 8° de l'article 505 de la LSSSS et, le cas échéant, ceux que détermine l'établissement ou le ministre (art. 293, LSSSS).

### 73. Rapport de vérification

Les vérificateurs remettent leur rapport de vérification au conseil d'administration, au plus tard trois (3) jours ouvrables avant la réunion du conseil d'administration pour les fins d'adoption et de dépôt des rapports financiers annuels au 30 juin de chaque année (art. 294, LSSSS).

## Section 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES

### 74. Signatures des contrats et autres documents financiers

Les dispositions de cette section respectent les dispositions de l'article 169 de la LSSSS relativement aux signatures de documents qui se lit comme suit :

*« Aucun acte, document ou écrit n'engage un établissement s'il n'est signé par le président du conseil d'administration, le directeur général ou, dans la mesure que le conseil d'administration détermine par règlement, par un membre du personnel de cet établissement. »*

Aux fins de la présente section, un engagement financier est une obligation découlant notamment d'un contrat, d'une entente écrite, d'une facture, d'une disposition législative ou réglementaire, qui entraîne

ou est susceptible d'entraîner un paiement envers une personne, une entreprise ou un organisme externe.

L'établissement doit également s'assurer de respecter les autres dispositions légales et réglementaires émises par le gouvernement relativement à la gestion contractuelle, notamment la *Loi sur les contrats d'organismes publics* (RLRQ, c. C-65.1) et ses règlements, la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* (RLRQ, c G-1.001).

**74.1.** Le président-directeur général doit signer tout acte, document ou écrit (autre que pour services professionnels) dont l'engagement financier est supérieur à 1.0 M\$ pour le CHUSJ et 2.0M\$ pour le CHUM. Une fiche synthèse doit être également déposée au comité de vérification et recommandée par celui-ci au conseil d'administration par la suite si l'engagement financier est supérieur à 2.0 M\$ pour le CHUSJ et 4.0M\$ pour le CHUM.

Le président-directeur général doit signer tout acte, document ou écrit pour services professionnels de 50,000\$ et plus. Une fiche synthèse doit également être déposée au comité de vérification et recommandée par celui-ci au conseil d'administration par la suite si l'engagement financier pour services professionnels est supérieur à 0.5M\$ pour le CHUSJ et 1.0M\$ pour le CHUM.

**74.2.** Le directeur général adjoint aux affaires administratives du CHUM et le directeur des ressources financières et des partenariats économiques du CHUSJ doivent signer tout acte, document ou écrit (autre que pour services professionnels) dont l'engagement financier de leur établissement respectif est entre 0.5M\$ et 1.0M\$ pour le CHUSJ et entre 1.0M\$ et 2.0M\$ pour le CHUM.

Le directeur général adjoint aux affaires administratives du CHUM et le directeur des ressources financières et des partenariats économiques du CHUSJ doivent signer tout acte, document ou écrit pour services professionnels dont l'engagement financier de leur établissement respectif est inférieur à 50,000\$.

**74.3.** Toute personne dûment autorisée selon le plan de délégation de signatures doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est inférieur à ceux visés à 74.2.

**74.4.** Le comité de vérification doit examiner pour recommandation le plan de délégation de signatures établi en fonction des risques de chaque établissement avant son approbation par le conseil d'administration.

**74.5.** Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place de mécanismes de contrôle interne adéquatement efficaces, le comité de vérification s'assure du respect du plan de délégation de signatures pour chaque établissement.

**74.6.** Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place et à l'application d'un processus de gestion de risques pour la conduite des affaires de chaque établissement, le comité de vérification examine tous les trimestres la liste des engagements financiers (autres que pour services professionnels) entre 0.5 M\$ et 2.0M\$ pour le CHUSJ et entre 1.0M\$ et 4.0M\$ pour le CHUM et la liste des engagements pour services professionnels entre 50,000\$ et 0.5M\$ pour le CHUSJ et entre 50,000\$ et 1.0M\$ pour le CHUM. De plus, en période d'application des mesures de contrôle conformément à la section

III de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, le comité de vérification examine la liste de tout contrat de services comportant une dépense de 25,000\$ et plus, avant de la déposer en point d'information lors de la première réunion du conseil d'administration qui suit la date de la conclusion de chaque contrat.

#### **75. Institutions financières**

Sur recommandation du président-directeur général ou du directeur des ressources financières de chaque établissement, le conseil d'administration désigne la ou les institutions financières avec lesquelles le CHUM et le CHU Sainte-Justine effectuent leurs transactions financières.

#### **76. Signature des demandes de paiement**

**76.1.** Toute demande de paiement par transfert bancaire électronique, chèque ou autre doit être signée conjointement par deux (2) personnes dûment autorisées.

**76.2.** La reproduction des signatures de personnes autorisées peut être imprimée par voie électronique sur les chèques par le CHUM ou par le CHU Sainte-Justine ou tout autre document, après décision du conseil d'administration. Une telle reproduction a le même effet que si les signatures elles-mêmes y étaient apposées.

### **Section 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES**

#### **77. Lieu de conservation**

Chaque établissement tient et conserve à son siège ses registres, livres et documents officiels. (art. 168, LSSSS)

#### **78. Authenticité**

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques.

Les documents et les copies ou extraits qui émanent des établissements administrés par le conseil d'administration ou qui font partie de ses archives sont authentiques lorsqu'ils sont certifiés conformes par le président du conseil ou le secrétaire. La correspondance et tout autre document liant l'établissement concerné sont conservés à son siège.

#### **79. Registres et livres**

Le conseil d'administration détermine par résolution la nature des inscriptions à tenir dans ses registres et livres. Le secrétaire du conseil d'administration tient notamment, en original ou en copie conforme, au siège de chaque établissement, les registres et livres suivants :

- a) du nom, de l'adresse et de l'occupation de chacun des membres du conseil d'administration;
- b) si le conseil administre un établissement regroupé ou est une personne morale visée à l'article 98 de la LSSSS, le nom, l'adresse et l'occupation des membres de la personne morale;
- c) des règlements de l'établissement;
- d) des procès-verbaux des séances du conseil d'administration;
- e) des procès-verbaux des assemblées des membres de la personne morale, le cas échéant;

- f) de l'acte constitutif de l'établissement comprenant, le cas échéant, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordés pour sa constitution;
- g) des hypothèques et charges grevant les biens de l'établissement;
- h) des baux;
- i) des budgets comprenant les états financiers;
- j) des transactions financières;
- k) des créances et obligations.

## **Section 10 — DISPOSITIONS FINALES**

### **80. Remplacement et abrogation**

Tout règlement antérieur sur la régie interne de CHUM et du CHU Sainte-Justine est abrogé et remplacé par le présent règlement.

### **81. Révision**

Le présent règlement doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les cinq (5) années suivant son entrée en vigueur.

### **82. Validité**

Le conseil d'administration adopte le présent règlement dans son ensemble et également partie par partie, de manière à ce que si un article, un paragraphe, un sous-paragraphe était ou devrait être déclaré nul, les autres dispositions du présent règlement soient maintenues.

### **83. Adoption, modification, abrogation**

Toute adoption, modification ou abrogation d'un règlement du conseil d'administration doit être précédée d'un avis, d'au moins trente (30) jours et adoptée par le vote d'au moins les deux tiers (2/3) des membres du conseil lors d'une séance régulière ou spéciale du conseil d'administration, à moins d'une décision contraire.

Une copie de tel projet de règlement doit être expédiée aux membres du conseil avec l'avis de convocation de la séance qui doit le considérer.

### **84. Entrée en vigueur du règlement**

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.