



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

AFFILIÉ À
Université  de Montréal

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018



Table des matières

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	2
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	4
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS	5
• L'établissement	5
• Organigramme	6
• Le conseil d'administration, les comités et conseils	7
• Faits saillants	8
• Prix et distinctions	10
• L'ICM en chiffres	12
• Volume des activités	13
4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	14
5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	24
6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	28
7. RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	32
8. RESSOURCES FINANCIÈRES	34
9. TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	36
10. ANNEXE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	39



1. Message des autorités

L'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), centre hospitalier universitaire suprarégional de pointe est reconnu mondialement pour ses avancées et le rôle de premier plan qu'il joue. Il s'avère être une référence incontournable pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies cardiovasculaires ainsi que pour la recherche. Visant constamment les plus hauts standards d'excellence dans le domaine cardiovasculaire par son leadership en recherche clinique et fondamentale, en soins ultraspécialisés, en formation des professionnels et en prévention, il fait partie du grand réseau d'excellence en santé formé de l'Université de Montréal et de ses établissements affiliés.

Exercice financier 2017-2018

L'ICM a terminé l'exercice avec un léger surplus en ce qui a trait à son fonds d'exploitation et c'est avec un sentiment du devoir accompli que nous remercions nos équipes et nos partenaires pour l'année qui se termine sur une note plus qu'enviable. Tout en soutenant une planification financière rigoureuse, nous avons su nourrir nos quatre initiatives stratégiques en imagerie cardiovasculaire, en génétique cardiovasculaire, en modernisation et personnalisation des soins et prévention. Notre performance organisationnelle nous a permis de réaliser 2319 interventions chirurgicales, dont 1959 opérations cardiaques majeures, 58 de plus qu'en 2016-2017. Le nombre de transplantations a également connu une hausse passant de 11 à 18 par rapport à l'exercice précédent. Les interventions en électrophysiologie ont également augmenté. Grâce au robot chirurgical da Vinci Xi, 47 nouvelles chirurgies moins invasives ont été réalisées. Une avancée qui démontre le leadership incontestable de l'Institut et son désir de voir toujours plus grand dans la modernité et le progrès. Soucieux de toujours offrir plus à la clientèle, ce progrès s'incarne sous toutes ses formes. Ainsi, Dr Yoan Lamarche et Dr Michel Carrier ont aussi pu implanter le premier HeartMate III chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

En matière de recherche et de génétique cardiovasculaire, l'Institut poursuit sur sa lancée pour innover et investir dans les domaines les plus porteurs, dont la médecine personnalisée, afin de faire bénéficier nos patients des meilleurs traitements. Par exemple, le Centre de pharmacogénomique a complété le génotypage de 24000 participants à plus de 90 études cliniques. Toutes les découvertes qui émanent de nos chercheurs visent un seul et même objectif : améliorer de manière significative le traitement des maladies cardiovasculaires.

Tout en posant notre regard sur l'avenir avec le projet de modernisation **Investir dans l'excellence**, nous avons préparé concrètement les lieux avec des réaménagements stratégiques. Nous avons donc suivi avec enthousiasme les premières étapes de préparation administrative et physique de ce vaste projet, qui, à terme, abritera en nos murs le plus grand centre de formation cardiovasculaire au pays, une nouvelle urgence et des unités de soins ultramodernes. A cet égard, nous tenons à souligner la contribution extraordinaire du docteur Denis Roy qui a terminé son mandat comme pdg de l'établissement au courant de l'exercice. Le docteur Roy a apporté un leadership visionnaire à une époque importante de notre histoire. Il a donné une impulsion déterminante à ce projet fondamental pour l'avenir de notre institution. Nous souhaitons bonne continuation au docteur Roy dans sa brillante

carrière et sommes très heureux qu'il continue sa pratique comme médecin, chercheur et enseignant au sein de l'ICM.

Au fil de l'année, nous avons aussi jeté les premières bases de l'Hôpital numérique qui vise à modifier et à améliorer le parcours de soins des patients en parallèle avec l'intégration intelligente de technologies avant-gardistes.

Grâce au soutien constant de la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal, des investissements importants ont pu être effectués, entre autres pour l'agrandissement du Centre ÉPIC, le plus important centre de prévention cardiovasculaire au Canada. Promouvoir la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires pour allonger l'espérance de vie en santé, fait partie de notre quotidien. Le rôle que se donne l'Observatoire de la prévention de l'ICM à cet égard est essentiel.

Ce rapport annuel démontre l'intensité qui a guidé nos équipes dévouées tout au long de l'année : médecins, chercheurs, infirmières, professionnels de la santé, personnel non médical, administrateurs, bénévoles, partenaires du réseau, donateurs. Merci de nous permettre de demeurer non seulement une référence dans notre domaine, mais aussi un chef de file qui sait faire une différence marquante dans la vie de nos patients et dans la société.



M. Pierre Anctil
Président du conseil d'administration



Mme Mélanie La Couture
Présidente-directrice générale



2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 de l'Institut de Cardiologie de Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Mélanie La Couture

Présidente-directrice générale de l'Institut de Cardiologie de Montréal

3. Présentation de l'établissement et des faits saillants

3.1 L'établissement

Mission

Affilié à l'Université de Montréal, l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) est un centre hospitalier suprarégional en cardiologie qui a pour mission de se consacrer aux soins, à la recherche, à l'enseignement, à la prévention, à la réadaptation ainsi qu'à l'évaluation des nouvelles technologies en cardiologie.

Valeurs

La vision et la mission de l'ICM reposent sur une série de valeurs représentant des idéaux qui incitent à l'action. L'ICM est fier de transmettre ces valeurs, et celles-ci doivent se refléter dans la portée et la qualité de ses services, mais aussi guider l'action dans les relations avec la clientèle, dans sa pratique de gestion et dans les relations avec ses employés et partenaires.

Les valeurs de l'ICM sont les suivantes :

- Le respect et la qualité de la vie des patients et de leur famille
- La valorisation des ressources humaines
- L'excellence et l'innovation
- L'amélioration de la santé de la population par la prévention
- Une participation active dans la communauté
- Le partage de son expertise en appui au réseau de la santé
- Une gestion rigoureuse
- Le consentement éclairé des patients
- Une éthique responsable et transparente

Ces valeurs représentent, avec la mission et la vision de l'ICM, son gouvernail. Elles facilitent la détermination d'objectifs clairs, précis et réalistes pour chacun des programmes ou services de l'ICM et guident l'action éthique.

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

3.2.1 [Le conseil d'administration](#)

Tel que le prévoit la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Loi 10), le conseil d'administration de l'Institut de Cardiologie de Montréal est composé comme suit :

Membres nommés

Mme Mélanie La Couture	PDG de l'établissement
Dr Christian Baron	Université affiliée

Membres nommés (indépendants)

M. Pierre Ancil
M. Éric Bédard
Mme Joelle Boisvert
Mme Brigitte Boyer
M. Robert Courteau
M. Marc de Bellefeuille
Mme Andrée-Lise Méthot
Mme Isabelle Perras
Mme Isabelle Viger
Vacant

Membres désignés

Mme Sarah Samson	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. Robert Couillard	Comité des usagers (CU)
Dre Valérie Hurteloup	Département régional de médecine générale (DRMG)
Mme Manon Léveillé	Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
Dr Antoine Rochon	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M. Henri-Paul Rousseau	Membre observateur pour la Fondation
Mme Lucie Verret	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

NOTE : Il n'y a eu aucun cas traité ou manquement au code d'éthique et de déontologie.

3.2.2 [Les comités, les conseils et les instances consultatives](#)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Comité des usagers (CU)
Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
Comité d'éthique
Comité de gestion des risques
Comité de vigilance et de la qualité
Commissaire aux plaintes
Comité de programme des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

3.3 Les faits saillants

- Le Centre de pharmacogénomique Beaulieu-Saucier de l'Université de Montréal obtient une subvention de 12 M\$ de la Fondation canadienne pour l'innovation afin d'agrandir ses locaux, qui abriteront de nouveaux laboratoires de microbiomique et de métabolomique, ainsi qu'un nouveau laboratoire d'intelligence artificielle pour le traitement avancé des données informatisées.
- Le Centre de coordination des essais cliniques de l'Institut de Cardiologie de Montréal (MHICC) assure la coordination de l'étude internationale Dal-GenE, qui représente la première application d'une médecine de précision issue de la pharmacogénomique. L'étude est axée sur l'utilisation de la signature génétique afin de cibler le médicament le plus approprié pour chaque patient.
- Le MHICC assure la coordination de l'étude internationale COLCOT. Menée dans 12 pays sur 3 continents, elle vise à évaluer le rôle de la colchicine, un anti-inflammatoire connu et utilisé depuis des centaines d'années, dans la prévention des événements cardiovasculaires. Les résultats de cette étude ont le potentiel d'améliorer de manière significative le traitement des maladies cardiovasculaires et les coûts qui y sont associés.
- Dr Paul Khairy exploite et développe une technique de guidage magnétique servant à positionner plus précisément un cathéter d'ablation cardiaque.
- L'équipe du Dr Louis Bherer étudie l'effet d'interventions combinant l'entraînement cognitif et de l'exercice aérobique sur la vitesse de marche spontanée, un indicateur de santé chez les adultes âgés.
- Dre Valérie Turcot, postdoctorante dans le laboratoire du Dr Guillaume Lettre, publie des résultats mettant en lumière l'identité de huit nouveaux gènes qui influencent le développement de l'obésité, un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires. Ces découvertes permettront de tester de nouvelles stratégies pour prévenir ou traiter l'obésité, qui affecte environ 25 % des Canadiens.



- Le Centre de pharmacogénomique complète le génotypage de plus de 24 000 participants à plus de 90 études cliniques, suite à l'entente de collaboration avec la compagnie pharmaceutique AstraZeneca portant sur la recherche des gènes associés aux maladies cardiovasculaires et au diabète, ainsi qu'aux complications et aux traitements associés à ces maladies. Les analyses sont présentement en cours et des résultats préliminaires prometteurs ont été obtenus.
- Deux nouveaux cardiologues rejoignent les rangs de l'Institut. Dr Nicolas Thibodeau-Jarry oeuvrera au service des techniques non invasives et Dre Julia Cadrin-Tourigny, au service d'électrophysiologie et de génétique cardiovasculaire.
- Dr Michel Carrier et Dr Yoan Lamarche procèdent à l'implantation du premier HeartMate III.
- Le programme de chirurgie robotique mitrale est mis sur pied par Dr Denis Bouchard et Dr Michel Pellerin.
- Le programme de chirurgie robotique coronarienne est mis sur pied par Dr Raymond Cartier, Dr Hugues Jeanmart et Dr Louis P. Perrault.
- Diffusion du documentaire Du Cœur au Ventre.
- L'équipe du Docteur Martin Juneau, directeur de la prévention à l'Institut de Cardiologie de Montréal, prépare un projet d'étude clinique avec groupe contrôle pour évaluer, chez des sujets obèses, l'effet du jeûne intermittent sur les principaux facteurs métaboliques et les fonctions cognitives.
- La phase 1 de l'agrandissement du Centre ÉPIC est complétée, permettant de tripler les espaces dédiés aux services médicaux : bureaux de médecins et autres professionnels, salles d'évaluation en physiologie de l'exercice, etc. Des espaces permettent également d'accueillir plus de 25 chercheurs et étudiants dans le domaine de la prévention, dirigés par Dr Louis Bherer, PhD et Dr Daniel Gagnon, PhD.
- Un laboratoire de physiologie humaine intégrative est aménagé au Centre ÉPIC de l'Institut de Cardiologie de Montréal, dirigé par Dr Daniel Gagnon. Il permet l'étude des adaptations physiologiques du corps humain aux environnements extrêmes.
- Le Centre ÉPIC, le premier centre de prévention cardiovasculaire au Canada, célèbre son 50e anniversaire.
- Une délégation du MonashHeart, en provenance de l'Australie, a visité l'Institut de Cardiologie de Montréal. Les représentants australiens ont comme mission de créer le premier hôpital spécialisé en maladies cardiovasculaires en Australie.

- L'émission Les Années Lumière a fait un arrêt à l'Institut de Cardiologie de Montréal afin de souligner le 50^e anniversaire des premières greffes cardiaques. Le panel d'invités accueillait notamment Dr Jean-Claude Tardif, Dr Michel Carrier, Dr Alain Vadeboncoeur, Dr Martin Juneau, Dr Reeves et le greffé Sylvain Bédard.

Prix et distinctions

- **Dr Stanley Nattel reçoit le prix Margolese**
Le prestigieux Prix Margolese, attribué par l'Université de la Colombie Britannique, a été décerné au Dr Stanley Nattel, cardiologue et chercheur à l'Institut, pour ses travaux innovants qui ont permis de modifier le paradigme actuel et de dévoiler le fondement moléculaire de l'arythmie.
- **Dr Jean-Lucien Rouleau reçoit l'Ordre du Canada**
Jean-Lucien Rouleau s'est vu remettre l'Ordre du Canada pour sa contribution à l'avancement des connaissances en cardiologie en tant que chercheur, clinicien et administrateur universitaire.
- **Inauguration du Robot chirurgical (Vinci Xi) à l'Institut de Cardiologie**
Une première canadienne à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Un robot chirurgical dédié aux patients devant subir une chirurgie cardiaque mitrale et coronarienne. « Le développement de la chirurgie cardiaque robotique contribue à l'essor de la chirurgie minimalement invasive (CMI), laquelle, comme son nom l'indique, a pour objectif de minimiser le traumatisme causé à l'organisme, notamment en diminuant la taille des incisions », souligne l'équipe de chirurgiens composée des Drs Michel Pellerin et Denis Bouchard.
- **L'Institut s'illustre deux fois plutôt qu'une dans le New England Journal of Medicine**
Le Dr Jean-Claude Tardif et son équipe de chercheurs ont codirigé plusieurs études cliniques internationales importantes dont les résultats ont été publiés dans la prestigieuse revue médicale américaine New England Journal of Medicine. Dans ces études, ils ont évalué l'efficacité et la tolérabilité d'un anticorps monoclonal nommé bococizumab ciblant le mauvais cholestérol (LDL) et ils l'ont comparé à un placebo.
- **Génome Québec souligne l'expertise du Dr Jean-Claude Tardif**
Génome Québec souligne l'excellence des travaux du Dr Jean-Claude Tardif de l'Institut de Cardiologie de Montréal, pour qui « la médecine personnalisée constitue la voie d'avenir en santé cardiovasculaire ». Ses recherches portent, entre autres, sur le développement de tests pharmacogénomique pour aider les médecins à diagnostiquer et traiter leurs patients.



➤ **1^{re} conférence Pierre Thérout**

Le Dr Jean-François Tanguay, cardiologue, chercheur clinicien senior et directeur de l'unité coronarienne, a tenu à souligner l'apport exceptionnel du Dr Pierre Thérout lors de la 1^{ère} conférence annuelle Pierre Thérout, qui a eu lieu le 30 novembre. Pour cette première, le Dr Robert M. Califf, MD, MACC, ancien commissaire de la U.S. Food and Drug Administration, était l'invité d'honneur.

➤ **Le professeur John D. Rioux** et son équipe s'illustrent pour leur découverte sur la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.

➤ **Dr Marc Jolicœur honoré**

Cardiologue et chercheur réputé à l'Institut de Cardiologie de Montréal et professeur clinique au Département de médecine de l'Université de Montréal, Marc Jolicœur est le lauréat du prix de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) – John Ruedy pour l'innovation en enseignement médical.

➤ **Une étude du Dr Paul Khairy sur le hockey fait parler**

Du point de vue médical, regarder un match de hockey augmente la fréquence cardiaque, une étude réalisée par Leia T. Khairy, Roxana Barin et Dr Paul Khairy.

L'ICM en chiffres

- 2026 employés, dont 536 infirmières et 83 chercheurs permanents
- 225 médecins membres du CMDP, dont 63 cardiologues, 15 chirurgiens cardiaques et 12 anesthésiologistes
- 11 pharmaciens membres du CMDP
- Plus de 700 étudiants, stagiaires, résidents et fellows
- 153 lits dont 21 en soins intensifs médicaux et 24 en soins intensifs chirurgicaux
- 2319 interventions chirurgicales, réparties comme suit :
 - 1959 opérations cardiaques majeures (pontages coronariens, chirurgies valvulaires et greffes cardiaques)
 - 360 autres types d'interventions chirurgicales
- 5 681 procédures en hémodynamie
- 2 461 procédures en électrophysiologie
- 8 666 hospitalisations
- 17 834 visites à l'urgence
- 62 151 visites aux cliniques externes et spécialisées
- 1 876 patients ayant reçu des tuteurs endovasculaires coronariens, médicamentés, biorésorbables ou standards
- 870 patients ont eu des pontages coronariens
- 927 patients ont subi une chirurgie cardiaque valvulaire, dont 169 par approche minimalement invasive
- 588 patients ont eu un stimulateur cardiaque
- 730 patients ont subi une ablation par cathéter d'une arythmie cardiaque
- 473 patients ont eu un défibrillateur cardiaque
- Provenance : 50 % de l'Île de Montréal et 50 % de l'extérieur
- Âge moyen des patients : 64 ans

Volume des activités

	2017-2018	2016-2017	2015-2016
Hospitalisations			
Admissions	8 666	8 207	7 577
Jours-présence	43 637	44 508	42 150
Soins d'un jour	13 351	12 587	14 141
Durée moyenne d'hospitalisation en jours	5,04	5,42	5,56
Services ambulatoires			
Cas en salle d'urgence	17 834	18 043	17 285
Visites aux consultations externes	62 151	77 229	75 152
Bloc opératoire			
Interventions	2 319	2 246	2 169
Chirurgies cardiaques	1 959	1 901	1 829
Autres chirurgies	360	345	340
Heures-présence des usagers	9 056	9 126	8 838
Chirurgies minimalement invasives	169	189	163
Transplantations	18	11	15
Hémodynamie			
Interventions totales	5 681	6 504	6 233
Interventions thérapeutiques	2 414	2 710	2 730
Interventions diagnostiques	3 267	3 794	3 503
Électrophysiologie			
Interventions totales	2 461	2 334	2 322
Stimulateurs	588	617	590
Défibrillateurs	473	505	452
Ablations	730	592	650
Autres interventions	670	620	630
Ressources humaines			
Personnel cadre – Temps complet	44	39	41
Personnel cadre – Temps partiel (équivalent temps complet)	11	13	11
Personnel régulier – Temps complet	802	820	771
Personnel régulier - Temps partiel (équivalent temps complet)	410	470	347
Personnel occasionnel (équivalent temps complet)	148	155	149
Médecins actifs	106	112	109



4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III : Attentes spécifiques (voir tableau pages suivantes)

Chapitre IV : Engagement annuels (voir tableau pages suivantes)

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R	
SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
ADDENDA – Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	NR 50%	<p>Critère A : Un élément non rencontré, soit avoir un inventaire et une évaluation de la consommation des principaux points d'utilisation de l'eau potable dans tous nos établissements (EPIC et ICM).</p> <p>À noter toutefois que nous avons un inventaire de nos gros consommateurs (tours de refroidissement, eau chaude domestique, entrées d'eau principales, eau d'appoint des chaudières, etc.) Nous avons interprété que « principaux points d'utilisation » incluaient également les éviers et les toilettes.</p> <p>Critère B : Complété à 100%.</p> <p>Critère C : Un audit exhaustif des principaux points d'utilisation de l'eau potable (éviers, robinets, toilettes, urinoirs, etc.) est en cours.</p> <p>Critère C: Un audit des principaux points d'utilisation de l'eau potable (éviers, robinets, toilettes, urinoirs, etc.) sera complété fin décembre 2018.</p> <p>Les composantes ne rencontrant pas les exigences du programme seront remplacées selon un plan quinquennal d'entretien et selon la désuétude des composantes.</p>

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)			
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	R	
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	R	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Première ligne et urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	13,8	12	
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80	68,1	82,5	
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80	67,9	82,5	
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)	<p>1. Les engagements ne sont pas atteints mais nous nous sommes grandement approchés des cibles. Nette amélioration de la DMS sur civière à l'urgence, notamment en raison de : changement de culture qui s'opère en terme de gestion serrée de l'épisode de soins à l'urgence et l'efficacité de la gestion des lits.</p> <p>Voici ce qui sera mis en place pour atteindre les cibles en 2018-2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la planification de congé aux unités de soins et optimiser l'utilisation des lits en tout temps 24/7. • Maximiser l'utilisation de l'UHB. • Maintenir la vigie quotidienne (rencontre de gestion des lits 2 fois/jour) exercée sur la salle d'urgence. • Maintenir la présence de l'IPSSA à l'UHB. • Augmentation de la couverture médicale en début de semaine. • Améliorer le volet ambulatoire. • Faire parvenir un portrait du coordonnateur et gestion des lits à la fin de chaque quart de travail afin de sensibiliser les gestionnaires et médecins de l'occupation des lits au sein de l'ICM plutôt qu'une seule fois par 24 heures. • Formation de 100% du personnel infirmier sur ÉTG/CTAS pour le triage, pour uniformiser la méthodologie de travail. • Réajustement des ratios du personnel de soins infirmiers au triage notamment sur le quart de soir pour suivre le même ratio des urgentologues exemple le lundi sur le quart de soir. <p>2. La lourdeur des cas reçus à notre urgence et le volume d'activités tant à l'urgence que sur les unités de soins.</p> <p>3. Amélioration notable par rapport à l'année dernière.</p> <p>4. Aucune problématique de qualité des données.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Services spécialisés				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	0	0	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement est atteint. 2. Aucune contrainte. 3. Nous avons maintenu nos résultats de l'année dernière. 4. Aucun problème noté.
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90%	89,8%	92,5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les engagements sont atteints pour les autres échographies et pour la tomodensitométrie. Pour l'échographie cardiaque, nous avons réussi à nous rapprocher de la cible en ajoutant un quart de soir et en faisant une épuration de la liste d'attente, mesures que nous poursuivrons en 2018-2019. Pour la résonance magnétique, nous sommes très près de la cible. Pour le TEP, nous avons allongé nos heures d'ouverture de façon à atteindre la cible en 2018-2019. 2. La demande est toujours croissante du côté de l'échographie cardiaque et du TEP ce qui rend l'atteinte des cibles plus difficile. 3. Très bonne évolution de nos résultats. Aucune problématique de qualité des données. 4. Aucune problématique de qualité des données.
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100%	100%	100%	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100%	100%	100%	
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	100%	97,2%	100%	
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100%	84,4%	100%	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Sécurité et pertinence				
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 (DACD)	100	100	100	
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	100	100	100	
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80	54,7	80	
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)	<p>1. Les engagements pour les infections nosocomiales sont atteints par contre, l'engagement pour l'hygiène des mains n'est pas atteint. Voici ce que nous allons mettre en place pour l'atteindre en 2018-2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied une campagne d'information mobilisatrice qui rappellera au personnel de l'ICM les 4 moments de l'hygiène des mains (HDM) et de l'importance de respecter l'HDM. • Augmenter les distributeurs de solution hydroalcoolique à moins d'un mètre du patient. • Mesurer et surveiller la conformité du personnel soignant à l'aide d'audit sur l'HDM et diffuser les résultats sur l'ensemble des unités de soins. • Informer de leur performance chaque chef d'unité de soins et leurs équipes et établir des mesures correctives pour améliorer leurs taux. • Informatiser les audits d'HDM pour permettre une rétroaction directe et rapide auprès des équipes de soins; (Projet pilote cet été). • Établir un partenariat entre les patients et leurs familles pour la promotion de l'HDM (Ex : information sur les postes de télévision). <p>2. Voici ce qui explique que nous n'avons pas atteint la cible: le manque de temps, la charge de travail ou l'intensité des activités sur les unités de soins. Nous avons atteint des taux d'observance à l'HDM supérieur à 80% durant la période estivale peut-être en raison de la diminution des activités.</p> <p>3. Le résultat est le même en 2016-2017 qu'en 2017-2018.</p> <p>4. Compilation des données effectuées manuellement par différents intervenants selon leurs disponibilités, risques d'erreurs élevées. Le problème sera corrigé avec l'informatisation des audits.</p>			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	0	100	
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	0	100	
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les engagements ne sont pas atteints. Un outil de SV aînés a été développé en collaboration avec les monitrices cliniques des unités de soins. L'implantation de l'outil révisé, associé à la collecte de données initiale également révisée seront implantés à l'automne 2018 par une CSI de la DSI. Un tableau de bord organisationnel en lien avec les indicateurs de l'AAPÂ sera mis en place. Au niveau de la gouvernance clinique, plusieurs aspects restent à organiser notamment, dans l'identification d'un médecin champion (il n'y a pas de gériatre à l'ICM), ainsi que les modalités des équipes de soins infirmiers et des autres professionnels. 2. Poursuite du mandat intérimaire de la DSI à titre de gestionnaire des risques jusqu'en décembre 2017. Arrivée au service-conseil de la DSI de 3 CSI-SNS novices, dont une a dû s'approprier l'APPÂ (qu'elle connaissait peu). Malgré que l'AAPÂ n'est ni implantée à 100%, ni pérenne, l'ICM a participé à l'audit AAPÂ de décembre 2017 et celui-ci démontre que nous sommes satisfaisants dans les résultats obtenus. Faute de ressource, le programme de marche n'a pu être implanté. 3. Malgré qu'il n'y ait pas eu de gains significatifs dans l'AAPÂ, les indicateurs ne sont toutefois pas détériorés. L'audit réalisé en décembre démontre une conformité adéquate aux éléments audités de l'AAPÂ. 4. Aucune problématique. 			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Mobilisation du personnel				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,08	5,94	5,08	
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,18	5,17	4,10	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,27	0,24	0,11	
Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)	<ol style="list-style-type: none"> Les engagements n'ont pas été atteints. Bien que la cible d'assurance-salaire n'est pas été rencontrée, on note une amélioration constante à chacune des périodes. Nous avons eu des maladies chroniques long terme pour lesquelles des conclusions positives pour l'organisation se dessinent. Aucun cas d'invalidité n'est dû à la transformation. Le programme de prévention des invalidités et des absences CSST que nous nous apprêtons à implanter dans notre organisation en partenariat avec la direction de la prévention aidera grandement à poursuivre nos améliorations. <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de mécanismes administratifs de suivi de dossiers avec le service de santé et les gestionnaires. Mise en place de mécanismes visant à être pro-actif dans la détection de cas pouvant entraîner de l'assurance salaire (notamment, dans les suivis avec le secteur de relations de travail). Naissance d'une culture organisationnelle de réintégration au travail des gens en assurance salaire. Gestion hebdomadaire des horaires. Ajustement des ressources selon l'intensité des soins. Exercices de PMO 4 fois/année. Auto-gestion des horaires de travail (projet sur une unité de soins de nuit). Projet de 12 hres à l'urgence cet été. Révision des ratios à l'unité de chirurgie en lien avec l'augmentation des volumes. Difficultés de recrutement dans les secteurs critiques. Nos résultats se sont améliorés depuis l'année dernière. Aucune problématique de qualité des données. 			

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
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	100	100	100	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'engagement est atteint. 2. Aucune contrainte. 3. Nous avons maintenu notre engagement. 4. Aucune problématique notée.
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100%	100%	100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engagement atteint. 2. Aucune contrainte. 3. Nous avons maintenu notre engagement. 4. Aucune problématique.

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

L'établissement a reçu son statut d'agrément avec mention d'honneur.

Tous les critères non conformes et les recommandations du rapport d'agrément ont été travaillés et respectés.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents, les actions suivantes ont été posées :

- Tenue du comité de gestion des risques
- Tenue du comité d'amélioration de la qualité
- Formation du nouveau personnel en termes de gestion des risques
- Enseignement aux équipes sur la gestion des risques
- Tenue de cellules sentinelles pour analyser, planifier, communiquer, réaliser et vérifier les recommandations issues des événements indésirables
- Tenue de rencontres ad-hoc ou mensuelles avec les chefs de services sur les événements indésirables dans leurs secteurs
- Réunions de service sur les rapports d'incidents/accidents survenus dans leur milieu
- Tenue de comités sur les pratiques organisationnelles requises (POR) telles que la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, la prévention du suicide, etc.

Type d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance :

- Gravité A = 18
- Gravité B = 2016
- Total gravités A et B = 2034
- Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements : 59,33 %

Type d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance :

- Événements indésirables liés aux médicaments = 458 = 32,88 %
- Événements indésirables liés aux tests diagnostiques de laboratoire = 351 = 25,20 %
- Événements indésirables liés aux traitements = 172 = 12,35 %
- Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements : 40,67 %



Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment :

- Tenue de comités de gestion des risques, suivi des recommandations émanant des événements sentinelles
- Présentation des différents événements indésirables récurrents dans les comités principaux de l'établissement : direction des soins infirmiers, directions des services multidisciplinaires, direction des services professionnels, Conseil des médecins, pharmaciens et dentistes (CMDP) au besoin
- Tenue de comité d'amélioration de la qualité en lien avec les différentes pratiques organisationnelles requises et les types d'événements récurrents
- Réalisation d'audits (bilan comparatif des médicaments, signatures au consentement, plaies de pression, échelle de Braden...)
- Tenue de comités de prévention des chutes
- Transmission de statistiques aux chefs des unités de soins et de services
- Suivi mensuel avec les chefs d'unités de soins et de services sur les événements indésirables dans leurs secteurs, autant pour les incidents que les accidents
- Suivi des événements sentinelles ou des incidents qui pourraient avoir des conséquences sur les patients dans les comités de chefs de la DSI, comité de conseillères de la DSI

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :

- Tenue mensuelle d'un comité de prévention des infections
- Présentation des statistiques des infections nosocomiales par période au comité de prévention des infections, au comité de gestion des risques et au conseil d'administration
- Dépistage requis pour le SARM à l'admission
- Campagnes de vaccination
- Échanges et recommandations issus des rapports RARDM (sur le Retraitement des dispositifs médicaux critiques)
- Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases
- Présentation des statistiques d'infections du site opératoire
- Campagnes de sensibilisation sur l'hygiène des mains
- Réalisation d'audits sur l'hygiène des mains dans les unités de soins (4 moments de l'hygiène des mains (HDM))

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS) sont :

Au cours de l'année 2017-2018, des contentions ont été appliquées à 73 patients. L'application des contentions demeure une option de dernier recours auprès de notre clientèle et de nombreuses mesures alternatives sont utilisées. Il s'agit notamment du recours aux surveillances étroites des patients à risque.



Commissaire aux plaintes

Aucune recommandation n'a été émise par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, bien que de nombreuses mesures correctives et d'amélioration aient été mises en place par les instances visées ou concernées par les plaintes examinées.

Protecteur du citoyen

Aucune recommandation n'a été émise par le Protecteur du citoyen.

Bureau du Coroner

Le bureau du Coroner a transmis un rapport concernant le décès dans un autre établissement d'une patiente suite à un retard de prise en charge lorsqu'elle s'est présentée à la salle d'urgence. La qualité de triage étant en cause, le Coroner a émis une recommandation pour l'ajout de tests lors du triage. Comme ces derniers faisaient déjà partie des bonnes pratiques à l'ICM, aucune mesure corrective n'a été requise.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

La visite du Collège des médecins du Québec (CMQ) a eu lieu en novembre 2017. Il s'agissait de la troisième visite du Collège, la première ayant eu lieu en 1996 et la deuxième en 2006. Les deux éléments traités lors de la visite à l'ICM étaient le volet administratif du CMDP et la tenue de dossiers. La qualité de l'acte n'a pas été évaluée puisque l'ICM est reconnu comme un centre d'excellence. Les conclusions et recommandations du Collège ont été reçues en janvier 2018 et feront l'objet d'un suivi et de mise en place, s'il y a lieu, pour l'année 2018-2019.

Recommandations des médecins examinateurs :

- Amélioration du service de la centrale de rendez-vous et du service de secrétariat de la clinique externe afin de mettre en place un système d'alerte lorsque les rendez-vous d'un patient sont reportés plus d'une fois à la clinique externe (mise en place) ;
- Redéfinition des rôles et responsabilités des infirmières praticiennes, des infirmières cliniciennes, de la direction des soins infirmiers, de la direction des services multidisciplinaires et des médecins de la clinique d'insuffisance cardiaque (mise en place) ;
- Favoriser les rencontres entre les départements de chirurgie et d'anesthésiologie afin de favoriser une meilleure complicité dans le but de garantir une qualité de soins aux patients, tout en minimisant certains irritants potentiels (en cours de suivi) ;
- Rappel aux résidents de garde quant au fait qu'ils peuvent appeler le patron de garde à l'urgence, quelle que soit l'heure, pour donner congé à un patient, étant donné que le patron n'est habituellement pas dans l'hôpital, et quant à l'importance de mettre une note explicative au dossier dans le cas d'un départ sans congé médical (en cours de suivi).



Personnes mises sous garde

Il n'y a eu aucune mise sous garde dans notre établissement.

L'examen des plaintes et de la promotion des droits

La population peut accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits en consultant le site Internet de l'établissement au www.icm-mhi.org

6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Comité de programme des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)

Faits saillants

- Développement de partenariats cliniques avec les équipes de première ligne afin d'améliorer la qualité des SPFV et de favoriser la continuité des soins répondants aux besoins de la clientèle atteinte de maladies cardiovasculaires avancées.
- Arrivée d'un médecin ayant une partie de sa tâche consacrée aux soins palliatifs depuis septembre 2017.
- Hausse du nombre de consultations de 20 % comparativement à l'année précédente (194 en 2016-2017 versus 230 en 2017-2018). La plupart des patients suivis en soins palliatifs sont en phase avancée ou terminale de leur cardiomyopathie. La majorité des consultations sont concentrées sur les unités de médecine, particulièrement au 4^e Centre. Parmi celles effectuées durant l'année, 40 % des patients sont décédés à l'ICM. Toutefois, grâce à l'ajout de services via le CLSC ou du soutien de la Société des soins palliatifs du Grand Montréal (SSPAD), 31 % des patients ont été en mesure de retourner à leur domicile. Les autres ont soit été relocalisés, retournés dans leur centre hospitalier d'appartenance ou transférés vers un lit dédié en soins palliatifs.

À propos de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, il y a eu :

- 0 sédation palliative
- 0 demande d'aide médicale à mourir administrée
- 2 demandes d'aide médicale à mourir formulées, mais non-administrées, car :
 - Patient #1 est décédé avant la fin du processus d'évaluation médicale
 - Patient #2 a été transféré dans son centre hospitalier d'appartenance, à sa demande

Par ailleurs, diverses activités du comité ont été concentrées sur la mise en œuvre de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, entrée en vigueur le 10 décembre 2015, mais également sur des activités de rayonnement :

- Réalisation des activités du Plan de développement 2015-2020 en SPFV du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont la formation générale interdisciplinaire (volet 2) qui a été donnée à 101 personnes au cours de la dernière année
- Accueil d'une stagiaire résidente en médecine familiale de l'Université de Montréal (UdeM)
- Communication d'une affiche scientifique sur le portrait de la clientèle en soins palliatifs de l'ICM dans le cadre du quatrième forum du Réseau universitaire intégré de santé de l'UdeM
- Conférence sur les soins palliatifs en cardiologie au congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice :2016-2017

du : 10-déc-16

au : 09-juin-17

Nom de l'établissement : Institut de Cardiologie de Montréal

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017	103				103
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :		N/A			N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :			N/A		N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :				N/A	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			A		0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			B		0
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			C		0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires :			D		0

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates des périodes à considérer pendant les dispositions transitoires (art. 73) seront les suivantes : du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016, du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016, du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017, du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017. L'établissement transmet, le plus tôt possible, le rapport à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73).

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre 1, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

N/A : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ÉCHO, par exemple, a une Directive de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ÉCHO, en vigueur le 1^{er} avril 2006 et révisée le 1^{er} juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le Ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A

Version en français : **Formulaire de consentement à la sédation palliative continue** — AH-880 DT9231 (2015-12)

Version en anglais : **Continuous palliative sedation consent form** — AH-880A DT9235 (2015-12)

B

Version en français : **Formulaire de demande d'aide médicale à mourir** — AH-881 DT9232 (2016-06)

Version en anglais : **Request for medical aid in dying** — AH-881A DT9236 (2016-06)

C

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1** — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1** — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2** — AH-882-2 DT9223 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2** — AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1** — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1** — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : **Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir** — AH-883 DT9234 (2015-12)

Version en anglais : **Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying** — AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie* (Loi 2, Chapitre III, art. 8)

Exercice : 2017

du : 10-juin-17

au : 09-déc-17

Nom de l'établissement : Institut de Cardiologie de Montréal

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017	120				120
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :		N/A			N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :			N/A		N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du ____ au ____ Informations complémentaires :				N/A	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			A		0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			B		2
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			C		0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires : Le patient # 1 est décédé quatre jours suivant sa demande. Le patient # 2 a été transféré dans le centre hospitalier de sa région, à sa demande, pour poursuivre le processus d'évaluation de la demande d'AMM.			D		2

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates des périodes à considérer pendant les dispositions transitoires (art. 73) seront les suivantes : du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016, du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016, du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017, du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017. L'établissement transmet, le plus tôt possible, le rapport à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73).

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre 1, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

N/A : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ÉCHO, par exemple, a une Directive de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ÉCHO, en vigueur le 1^{er} avril 2006 et révisée le 1^{er} juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le Ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A

Version en français : **Formulaire de consentement à la sédation palliative continue** — AH-880 DT9231 (2015-12)

Version en anglais : **Continuous palliative sedation consent form** — AH-880A DT9235 (2015-12)

B

Version en français : **Formulaire de demande d'aide médicale à mourir** — AH-881 DT9232 (2016-06)

Version en anglais : **Request for medical aid in dying** — AH-881A DT9236 (2016-06)

C

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1** — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1** — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2** — AH-882-2 DT9223 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2** — AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D

Version en français : **Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1** — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : **Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1** — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : **Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir** — AH-883 DT9234 (2015-12)

Version en anglais : **Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying** — AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne



7. Les ressources humaines

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

La gestion et le contrôle des effectifs

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

12431656 - Institut de cardiologie de Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
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	118 391	1 591	119 982	65	77
	2015-16	104 791	1 577	106 368	58	74
	2016-17	97 254	1 109	98 363	54	69
	2017-18	93 526	1 275	94 801	52	67
	Variation	(21,0 %)	(19,9 %)	(21,0 %)	(20,8 %)	(13,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	159 685	1 797	161 482	87	140
	2015-16	165 905	1 860	167 765	90	143
	2016-17	180 554	1 866	182 421	98	156
	2017-18	189 504	1 705	191 209	103	163
	Variation	18,7 %	(5,1 %)	18,4 %	19,0 %	16,4 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	759 723	38 563	798 286	399	571
	2015-16	764 717	32 002	796 719	402	568
	2016-17	771 067	40 100	811 166	405	561
	2017-18	760 465	51 583	812 048	399	566
	Variation	0,1 %	33,8 %	1,7 %	0,0 %	(0,9 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	1 060 536	27 258	1 087 794	587	800
	2015-16	1 067 235	32 021	1 099 256	590	829
	2016-17	1 097 989	35 179	1 133 168	607	859
	2017-18	1 002 663	30 433	1 033 096	553	796
	Variation	(5,5 %)	11,6 %	(5,0 %)	(5,7 %)	(0,5 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	259 686	2 963	262 649	131	190
	2015-16	266 789	3 807	270 596	135	203
	2016-17	271 051	2 881	273 932	137	203
	2017-18	261 376	3 129	264 504	132	197
	Variation	0,7 %	5,6 %	0,7 %	0,5 %	3,7 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	4 802	2	4 804	3	15
	2015-16	4 862	10	4 871	3	16
	2016-17	4 082	15	4 097	2	12
	2017-18	3 675	0	3 675	2	10
	Variation	(23,5 %)	(100,0 %)	(23,5 %)	(22,5 %)	(33,3 %)
Total du personnel	2014-15	2 362 824	72 173	2 434 997	1 272	1 754
	2015-16	2 374 299	71 276	2 445 575	1 278	1 785
	2016-17	2 421 997	81 150	2 503 147	1 304	1 825
	2017-18	2 311 209	88 124	2 399 333	1 241	1 766
	Variation	(2,2 %)	22,1 %	(1,5 %)	(2,4 %)	0,7 %

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programme pour l'exercice 2017-2018

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL				
RÉPARTITION DES CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES POUR L'EXERCICE 2017-2018				
Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	1 635 223	1,06%	460 164	0,30%
Service généraux - Activités cliniques et d'aide	11 513	0,01%	46 221	0,03%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Déficience physique				
Déficience intellectuelle et TSA				
Jeune en difficulté				
Dépendances				
Santé mentale	94 623	0,06%	102 105	0,07%
Programme soutien				
Santé physique	118 576 667	76,83%	118 848 213	77,48%
Administration	11 122 700	7,21%	11 061 411	7,21%
Soutien aux services	9 765 637	6,33%	9 764 761	6,37%
Gestion des bâtiments et des équipements	13 122 450	8,50%	13 102 810	8,54%
Total	154 328 813	100%	153 385 685	100%

NOTE : Pour plus d'information sur les ressources financières, les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 sont disponibles pour consultation sur le site Internet de l'ICM à l'adresse suivante : icm-mhi.org.

Pour l'exercice 2017-2018, l'établissement a terminé l'exercice avec un surplus de 27 056 \$ au niveau du fonds d'exploitation et un déficit de 854 604 \$ au fonds d'immobilisation. L'établissement présente donc un déficit global de 827 548 \$. L'établissement n'a pas pu se conformer à son obligation légale de ne pas encourir de déficit.

Il est important de souligner que dans les exercices précédents, et ce, jusqu'au 31 mars 2015, l'acquisition d'immobilisation par la recherche, financée par le solde de fonds affectés nécessitait un transfert de solde du fonds d'exploitation vers le solde du fonds d'immobilisation à la hauteur du coût d'acquisition. Le solde de fonds d'immobilisation dispose donc les sommes nécessaires pour couvrir les dépenses d'amortissement à venir, et ce, jusqu'à l'amortissement complet des actifs.

Ceci a pour effet d'entraîner un déficit annuel à l'état des résultats du fonds d'immobilisation, car les revenus pour couvrir l'amortissement sont déjà au solde du fonds.

Les activités accessoires (recherche, Centre Épic, enseignement, stationnement, et autres) ont complété l'exercice avec un surplus de 74 840 \$ respectant ainsi l'exigence que les activités accessoires ne soient pas en déficit.

Les contrats de services

CONTRATS DE SERVICES	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique	Aucun	- \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	201	6 999 778,00 \$
Total des contrats de services	201	6 999 778,00 \$



9. État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur

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 réglé NR: Non réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la Problématique au 31 mars 2018		
				R 5	P 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Les subventions gouvernementales afférentes aux acquisitions d'immobilisations sont comptabilisées comme revenus reportés au fonds d'immobilisations et amorties au même rythme que les immobilisations tel que demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son Manuel de gestion financière. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert. Les Normes comptables canadiennes pour le secteur public prévoient la comptabilisation à titre de produits de ces subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que les bénéficiaires ont satisfait aux critères d'admissibilité. Le financement de certaines immobilisations par paiement de transferts fédéraux devrait donc être imputé directement aux résultats de l'exercice au cours duquel les critères sont rencontrés. Les incidences sur les états financiers de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les passifs, les surplus (déficits) cumulés et le résultat net n'ont pas été déterminées. Nous avons également exprimé une opinion d'audit avec réserve sur les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2017.	2014-15	R	Aucune mesure non comptabilisation exigée par le MSSS			NR
L'établissement n'a pu comptabiliser les frais courus dans les autres créditeurs et autres charges à payer, car la SQI n'est pas en mesure d'estimer raisonnablement ce montant pour l'établissement au 31 mars 2018. Par conséquent, notre audit de ces frais courus et des constructions en cours s'est limité aux montants inscrits dans les	2017-18	R	Cette information ne peut être obtenue que par la SQI			NR



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 2018		
				R 5	P 6	NR 7
1	2	3	4			
comptes de l'établissement et nous n'avons pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux autres crédettes et autres charges à payer et aux immobilisations au 31 mars 2018.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Anomalie non corrigée au 31 mars 2018						
Surévaluation des autres débiteurs et sous-évaluation de la charge de mauvaise créance de 1 334 843 \$ (730 240 \$ au 31 mars 2017)	2017-18	O	Ajustement prévu aux prochains exercices			NR
Les charges salariales reliées aux rétroactions pour les infirmières en provenance de France ont été comptabilisées dans les charges non réparties alors qu'elles devraient être imputées dans les centres d'activités correspondant	2017-18	O	L'établissement a été informé en avril 2018 d'un règlement de grief en lien avec la reconnaissance du titre d'emploi d'infirmière clinicienne pour des infirmières recrutées en France. Cette rétroaction applicable à compter de novembre 2014 et touchant environ 70 infirmières n'a pu être ventilée de façon détaillée dans les délais impartis			NR
L'établissement a encouru un déficit au montant de 827 548 \$, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire	2017-18	O	Ce déficit s'explique par le traitement comptable associé au fonds d'immobilisation jusqu'au 31 mars 2015 tel qu'expliqué à la note 4 de la page 270			NR
Anomalie non corrigée au 31 mars 2017						
Sous-évaluation du passif au titre des avantages sociaux futurs et sous-évaluation de la charge de salaires, avantages sociaux et charges sociales de 363 062 \$	2016-17	O	Corrections effectuées au cours de l'exercice 2017-2018	R		
Recommandations :						
Lors de l'audit, il a été observé que l'Établissement n'a pas de processus en place pour effectuer des radiations des immobilisations non utilisées. Des recommandations ont été émises concernant l'instauration d'un système de contrôle entourant les dispositions d'immobilisations afin que les radiations correspondantes soient effectuées dans les livres comptables.	2015-16	O	Un processus de suivi des dispositions a été mis en place et les dispositions sont maintenant présentées	R		



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 2018		
				R 5	P 6	NR 7
1	2	3	4			
Nous n'avons pas pu observer les traces d'approbation par les chefs de services des dispositions d'immobilisations corporelles. Nous recommandons d'instaurer un système d'approbation et des dispositions et un processus de révision du système Asset. Plus lors de l'enregistrement comptable.	2016-17	O	Une procédure d'approbation par un gestionnaire des dispositions d'immobilisations corporelles a été mise en place.	R		
Approbation des écritures de journal par le créateur de l'écriture: Nous avons observé que quelques utilisateurs du système comptable ont des accès qui ne nécessitent pas d'approbation pour les écritures de journal produites et que le directeur des ressources financières et de la performance organisationnelle a aussi ce type d'accès. Nous recommandons que les écritures créées par ces utilisateurs nécessitent une approbation et que l'accès du directeur des ressources financières et de la performance organisationnelle soit uniquement un privilège d'approbation et non de création.	2016-17	O	Paramètre et droit d'accès ajusté	R		
Transfert des travaux en cours.: Nous avons observé qu'il n'y a pas de processus formel en place pour indiquer la fin des travaux en cours et le début de l'exploitation des immobilisations et pour acheminer l'information des gestionnaires de projet vers la comptabilité. Nous recommandons l'instauration de ce processus avec une revue des transferts effectués.	2016-17	O	Une procédure formelle mise en place à cet effet en collaboration avec la Direction des ressources technologiques et immobilières.	R		
Révision des écritures reliées au fonds d'immobilisations: Nous avons constaté qu'il n'y a pas de processus de révision des entrées comptables de fin de mois reliées au fonds d'immobilisations. Nous recommandons qu'un processus de révision détaillée des écritures de journal en fin de mois relié au fonds d'immobilisations soit instauré.	2016-17	O	Une procédure formelle a été mise en place à cet effet.	R		
Rapport à la gouvernance						

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
EN VERTU DE LA
LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)
Adopté par le conseil d'administration de l'ICM le 21 mars 2016**

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	4
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	7
Section 4 — APPLICATION	8
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	14
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	15
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	16
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	17
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	18
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	19
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	20

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document 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 de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ci-après nommé « ICM ») et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- 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 est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondements légaux

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30).
- *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).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

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

Conseil : Conseil d'administration de l'ICM, 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*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre 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).

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

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* 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'ICM, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout 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*.

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Membre : Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'ICM.

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 circonstances¹.

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'ICM, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'ICM. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'ICM.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujéti aux règles du présent Code.

5. Divers

- 5.1** Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.
- 5.2** Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code.
- 5.3** Le présent Code 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 lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'ICM 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

¹ 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 ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (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, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'ICM et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, 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'ICM.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités à l'article 2 du présent Code. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 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 à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 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'ICM avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

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

8.5 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'ICM, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'ICM 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 autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. 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.

8.9 Biens et services de l'ICM

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'ICM selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'ICM avec

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

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 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.

8.11 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.

8.12 Non-emploi par l'ICM

- À moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'ICM, un membre du conseil d'administration ne peut solliciter ou accepter un emploi au sein de l'ICM durant son mandat comme administrateur. Si un cas exceptionnel se présentait, il devrait être soumis au conseil d'administration.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre 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'ICM ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

- 11.** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- 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'ICM;
 - 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'ICM;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 12.** Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'ICM en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* 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.
- 13.** Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'ICM 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.
- 14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 15.** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur est soigné ou reçoit des services à l'ICM.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de

déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. 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 membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres 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 au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen ad hoc

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

18.2 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.

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

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

18.4 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.

18.5 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.

19. Processus disciplinaire

19.1 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.

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

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du 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*.

19.4 Le membre 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, la personne 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.

19.5 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.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre 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, le membre 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.

19.7 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.8 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 au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.9 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre 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.

19.10 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général et/ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.11 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. 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.

21. Obligations en fin du mandat

Le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures 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 ou d'accepter un emploi auprès de l'ICM et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'ICM. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES I à VII

du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA de l'ICM

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du -
_____, déclare avoir pris connaissance du Code
d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté 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 le
_____.

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 _____, pris connaissance du Code d'éthique et de
déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage
à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du _____, déclare les
éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, 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 _____.
- 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 _____. [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 à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ 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 du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

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

Je, soussigné, _____, estime que le membre 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, _____, 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 d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu