



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



L'INSTITUT :

UN SIÈCLE DE PASSION ET D'INNOVATIONS

Rapport annuel
de gestion
2017-2018





L'INSTITUT

L'INSTITUT AGRÉÉ « AVEC MENTION »

En novembre 2016, l'établissement s'est vu octroyer un « agrément avec mention », décerné par Agrément Canada, avec un **taux de conformité de 96,8 %**. Cette mention couronne tous les efforts déployés par le personnel, les médecins et les bénévoles, pour atteindre ce niveau d'excellence. En effet, tous ont travaillé avec rigueur et persévérance pour répondre aux plus hauts standards de qualité.

2017-2018



L'INSTITUT EN BREF...

Un Institut à dimension humaine et unique



3 500

personnes, une
équipe dévouée



15 568

admissions



122 952

visites en mode
ambulatoire



278 M\$

de budget
annuel



26 108

visites à
l'urgence



2 679

usagers ayant subi
une chirurgie
cardiaque



816

usagers ayant subi
une chirurgie
thoracique



651

usagers ayant subi
une chirurgie
bariatrique



2 319

étudiants en
enseignement



171

chercheurs



638

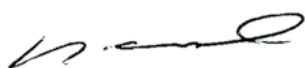
publications

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données pour l'exercice 2017-2018 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut) :

- 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 obtenus;
- exposent 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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



DENIS BOUCHARD
Président-directeur général

Le présent rapport annuel de gestion a été déposé et adopté par le conseil d'administration de l'Institut lors d'une assemblée ordinaire tenue le 12 juin 2018. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « INSTITUT », section « Documents institutionnels », rubrique « Rapports annuels de gestion ». Sous le même onglet, vous trouverez aussi le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section « Qui sommes-nous? », rubrique « Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels ».

Note au lecteur

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage les diminutifs « Institut » ou « IUCPQ-UL » pour se référer à l'appellation complète « Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval ».

Par ailleurs, l'utilisation de la lettre « K\$ » renvoie au nombre mille et la lettre « M\$ » signifie million. Enfin, le genre masculin a été utilisé pour alléger le texte, à l'exception du terme « infirmière ».

ISSN 1920-9487 (version imprimée)

ISSN 1920-9401 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont collaboré
à la réalisation de ce rapport annuel.

PRODUCTION

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie
de Québec – Université Laval
Direction des ressources humaines, des communications
et des affaires juridiques
2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-4932
Télécopieur : 418 656-4561
IUCPQ.qc.ca
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca



L'INSTITUT : UN SIÈCLE DE PASSION ET D'INNOVATIONS!

Initié par le Dr Arthur Rousseau et la sœur Marie-Auxiliatrice des Sœurs de la Charité de Québec, l'Institut a parcouru un long chemin depuis sa création en 1918. D'abord un hôpital pour tuberculeux, on comptait déjà 450 lits en 1930. Ensuite, l'établissement développait l'enseignement universitaire dans les années '40. Dès 1950, la vocation de l'hôpital se modifie de plus en plus et tend à devenir un centre régional de soins spécialisés en pneumologie. Durant la même période, le centre de recherche ouvrira ses portes. L'institution deviendra ainsi le premier hôpital de la région avec son propre centre de recherche. L'Institut de cardiologie de Québec verra le jour en 1957. L'Hôpital Laval lui cèdera le pavillon Notre-Dame pour supporter le développement de la cardiologie. Le pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) ouvrira ses portes à la fin des années '70. Début des années '80, le Département de chirurgie de l'hôpital offre la chirurgie de l'obésité aux patients souffrant d'obésité sévère.

Les années 2000 marqueront la consolidation des soins et des services surspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie bariatrique. En 2008, l'Hôpital Laval change de nom et devient l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Il faut également souligner l'essor considérable des activités du centre de recherche avec plus de 20 000 m² d'espaces et la croissance soutenue du nombre de stages en enseignement universitaire, permettant ainsi d'affirmer que l'Institut est un centre de haut savoir et que nous entrevoyons l'avenir de façon optimiste.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS.....	9
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	10
L'INSTITUT : UN SIÈCLE DE PASSION ET D'INNOVATIONS.....	12
SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS.....	14
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE	16
PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES.....	19
AXE - HABITUDES DE VIE.....	20
AXE - PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	22
AXE - PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE	23
AXE - SERVICES SPÉCIALISÉS	25
AXE - SÉCURITÉ ET PERTINENCE	29
AXE - PERSONNES ÂGÉES.....	31
AXE - PERSONNES VULNÉRABLES.....	32
AXE - MOBILISATION DU PERSONNEL	34
AXE - ORGANISATION EFFICIENTE.....	41
NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT	60
L'EXPÉRIENCE DES USAGERS : UNE SOURCE PRÉCIEUSE D'INFORMATION.....	62
AFFAIRES UNIVERSITAIRES	63
■ DIRECTION DE LA RECHERCHE	63
■ DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES.....	65
■ PRIX ET DISTINCTIONS.....	70
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE	71
FONDATION IUCPQ	73
■ MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE.....	73
■ FAITS SAILLANTS.....	74
■ ÉTATS FINANCIERS DE LA FONDATION IUCPQ	77
ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT	78
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, SES COMITÉS, SES INSTANCES ET SES CONSEILS PROFESSIONNELS	80
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	80

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA	81
■ COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ).....	82
■ COMITÉ DE VÉRIFICATION (CV).....	83
■ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)	83
COMITÉS FACULTATIFS DU CA	84
■ COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES (CASS)	84
■ COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES (CRH).....	85
■ COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION (CAUI).....	87
■ COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES (CRTI).....	87
COMITÉS-CONSEILS DU CA	88
■ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT (CÉCE)	88
INSTANCES DU CA	88
■ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE RECHERCHE (CÉR)	88
■ COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES (CGRC)	89
■ PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES.....	90
■ COMITÉ DE RÉVISION	91
■ COMITÉ DES USAGERS (CU).....	91
CONSEILS PROFESSIONNELS.....	92
■ CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	92
■ COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP).....	93
■ COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	94
■ COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES.....	95
■ CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	96
■ CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	96
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT	98
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	99
STATISTIQUES ANNUELLES.....	105



MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

D^r Sylvain Chouinard, M. Gilles Kirouac, M^{me} Line Grisé, M. Jean Lefebvre, M. Serge Simard

2^e rangée : M. Guy Bertrand, M^{me} Isabelle Taillon, M. André Blondin, M. Marius Plante, M^{me} Joanne Desjardins, M^{me} Kathleen Vézina, D^r Charles Morasse

3^e rangée : M. Marcel Pepin, M. Denis Bouchard, M^{me} Mireille Lavoie, M. Daniel Gilbert, M. Laurent Després

Absents de la photo : M^{me} Claudia Boulanger, M^{me} Charlaïne Bouchard, M. Jean M. Gagné (membre observateur)

COMITÉ DE DIRECTION



M. Denis Bouchard
Président-directeur
général



M^{me} Johanne Lesieur
Directrice des
ressources humaines,
des communications et
des affaires juridiques



M^{me} Isabel Roussin-Collin
Directrice générale adjointe –
santé physique
Directrice de la qualité, de
l'évaluation et de l'éthique



M^{me} Nathalie Thibault
Directrice des
soins infirmiers



M^{me} Nancy Boily
Directrice des services
multidisciplinaires



D^r François Aumond
Directeur des services
professionnels



M. Denis Potvin
Directeur des services
techniques



M^{me} Sylvie Thibeault
Directrice des
ressources financières
et de la logistique



D^r Denis Coulobre
Directeur de
l'enseignement et des
affaires universitaires



D^r Denis Richard
Directeur scientifique
de la recherche



M^{me} Michèle Clavet
Directrice administrative
de la recherche



M. Sébastien Blais
Directeur de la
performance clinique et
organisationnelle

MESSAGE DES AUTORITÉS

Après cent ans d'évolution, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut) célèbre fièrement son centième anniversaire. L'année financière 2017-2018 aura été une autre année de développement important. L'un des plus ambitieux projet est sans contredit l'agrandissement du Service d'électrophysiologie cardiaque et l'aménagement d'une salle d'opération hybride. D'une superficie brute de 3 250 m² pour une enveloppe budgétaire de plus de 30 M\$, ces travaux ont permis l'agrandissement de la clinique des cardiostimulateurs et des trois salles d'électrophysiologie ainsi que l'ajout d'un espace visant à réaménager le bloc opératoire. La clinique est maintenant dotée d'espaces fonctionnels permettant une meilleure prise en charge de notre clientèle. Les nouvelles salles d'électrophysiologie répondent aux standards modernes et possèdent l'équipement de haute technologie nécessaire pour offrir une gamme d'interventions dans le traitement complexe des arythmies cardiaques, tant pour la clientèle adulte que pédiatrique, et ce, pour tout l'est du Québec. L'agrandissement du bloc opératoire a permis d'aménager une salle d'opération de chirurgie cardiaque répondant aux normes actuelles de même qu'une salle de cardiologie interventionnelle hybride. Ces nouvelles salles donnent l'opportunité aux chirurgiens cardiaques, hémodynamiciens et électrophysiologistes de procéder à des interventions à la fine pointe de la technologie, dans un environnement optimal et sécuritaire. Le projet s'est réalisé dans le respect du programme, du budget et de l'échéancier.

Un autre projet majeur consiste au réaménagement d'une unité de soins palliatifs, visant à améliorer le confort et la tranquillité des patients en fin de vie dans un environnement adapté à leurs besoins et à ceux de leurs proches. Cette nouvelle unité est composée de cinq chambres en soins palliatifs et d'une chambre en soins gériatriques de fin de vie. Au niveau financier, l'Institut présente au 31 mars 2018 un surplus de 318 250 \$ composé d'un surplus de 67 910 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 250 340 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Nous invitons le lecteur à prendre connaissance du contenu de ce document qui recense les principales activités réalisées. La présentation de ce rapport annuel de gestion est basée sur le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Afin d'en alléger le contenu, seuls les axes qui concernent directement notre établissement ont été conservés.

Bonne lecture!



M. Laurent Després, FCPA, FCA, FCBVM.
Président du conseil d'administration



M. Denis Bouchard
Président-directeur général

EN GUISE D'INTRODUCTION



L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUI A MARQUÉ LE 20^E SIÈCLE ET QUI CONTINUE, PAR LA QUALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE SES SERVICES, À RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ SANS CESSER GRANDISSANTS DE LA POPULATION. L'ÉTABLISSEMENT EST UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SUPRARÉGIONAL DONT LE BASSIN DE DESSERTE DE LA CLIENTÈLE S'ÉLÈVE À PLUS DE DEUX MILLIONS D'HABITANTS, SOIT ENVIRON 30 % DE LA POPULATION DU QUÉBEC.

Affilié à l'Université Laval, l'Institut offre à la population des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité. L'interaction continue entre les activités cliniques, la recherche, l'enseignement et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé permet une prestation de soins orientée vers les meilleures pratiques par l'entremise de médecins spécialistes et d'intervenants à la recherche constante de l'excellence. L'Institut se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspécialisés.

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

L'Institut s'est forgé une réputation enviable au Québec, au Canada et à travers le monde grâce à la qualité des soins et des services qu'il prodigue à la population ainsi qu'en raison des innovations et avancées technologiques dont il est constamment à l'affût. La détermination, le professionnalisme et le dynamisme des équipes de l'Institut sont directement reliés aux succès de l'établissement.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

- un centre hospitalier universitaire suprarégional établi depuis 1918;
- un établissement qui compte sur la collaboration et le dévouement de près de 3 000 employés, médecins, professionnels, chercheurs, gestionnaires et bénévoles;
- le seul hôpital au Canada à offrir, sous un même toit, des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité;
- le centre hospitalier ayant le plus important volume clinique en cardiologie tertiaire sur un même site au Québec et au Canada;
- le centre de référence en soins tertiaires pour plusieurs autres centres canadiens de chirurgie cardiaque;
- l'un des plus importants centres de médecine respiratoire au Canada;
- un centre d'excellence en chirurgie bariatrique;
- l'établissement possédant un ratio de lits de soins intensifs et progressifs parmi les plus élevés au Québec;
- un centre hospitalier comportant une médecine spécialisée adaptée à sa mission et très efficace qui favorise une approche de santé globale et continue;
- un centre hospitalier reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la gestion et l'atteinte des cibles de soins et de services au Service de l'urgence;
- un milieu de stage dynamique et propice en enseignement pour de nombreuses disciplines reliées au domaine de la santé;
- un institut qui se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspécialisés;
- un institut qui possède un centre de recherche reconnu à l'échelle internationale;
- un centre hospitalier officiellement désigné « Centre de référence, cancer du poumon » et « Centre affilié, cancer de l'œsophage ».

D^r Josep Rodés-Cabau, hémodynamicien



L'INSTITUT : UN SIÈCLE DE PASSION ET D'INNOVATIONS



D^r Josep Rodés-Cabau, hémodynamicien et D^r François Philippon, cardiologue, accompagnés de leurs équipes

MISSION

LA SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES
DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES,
RESPIRATOIRES ET RELIÉES À L'OBÉSITÉ

VISION

UN INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE RENOMMÉE INTERNATIONALE,
CHEF DE FILE QUI SE DISTINGUE PAR
SON EXPERTISE ET SES INNOVATIONS

À titre d'institut, nous nous distinguons par :

- nos soins et nos services spécialisés et ultraspécialisés;
- nos soins et nos services complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne ainsi que dans plusieurs autres spécialités;
- notre expertise et nos interventions en prévention et en réadaptation;
- notre urgence de soins spécialisés et de soins généraux;
- la recherche clinique et fondamentale en parfaite harmonie avec nos domaines d'expertise clinique;
- nos activités d'enseignement pour la formation de la relève et le transfert du savoir;
- notre contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.



D^r Massimo Conti, pneumologue et M. Marc-Antoine Nadeau, patient

LES COMPORTEMENTS ÉTHIQUES QUI NOUS GUIDENT

Établissement digne de confiance, nous mettons tout en œuvre pour que nos agissements soient constamment empreints de professionnalisme, d'intégrité et d'humanisme. Nos modes de fonctionnement doivent également répondre en tous points à ces standards. Notre éthique dans l'action doit se refléter tant dans nos gestes envers nos usagers qu'entre nous-mêmes, intervenants de l'établissement, ainsi qu'avec nos partenaires. Le comportement éthique, c'est le principe intégrateur qui englobe et qui donne pleinement son sens aux valeurs partagées par tous au sein de notre institut. L'éthique, c'est le sens que l'on donne à une conduite.

LES VALEURS QUI NOUS PORTENT

LE RESPECT

La considération, l'empathie, l'écoute, la confiance, l'ouverture, la tolérance et l'honnêteté, envers nos usagers et entre nous.

LA RECONNAISSANCE

La valorisation, au quotidien, de tous les intervenants œuvrant au sein de l'organisation, incluant les bénévoles. C'est apprécier la contribution et l'expérience particulières de chacun.

LA RESPONSABILISATION

L'engagement personnel de chacun à réaliser les actions requises qui lui incombent en vue de contribuer à l'atteinte des résultats recherchés. Comme citoyen corporatif et comme intervenant, nous adhérons au principe d'écoresponsabilité.

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT

Le travail d'équipe, le partage de l'information, des connaissances et des expériences dans un souci de complémentarité et d'interdisciplinarité. C'est considérer l'impact de nos actions sur celles des autres et partager les responsabilités de manière équitable.



Équipe du 6^e central – soins intensifs respiratoires

SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS

L'Institut intervient auprès de ses clientèles atteintes de maladies cardiopulmonaires et de celles qui souffrent d'obésité, en offrant des services et des trajectoires qui sont adaptés à leurs besoins.

TRAJECTOIRES	COMPOSANTES	SERVICES
CHIRURGIE CARDIAQUE	Soins ambulatoires	• Clinique ambulatoire de chirurgie cardiaque • Préadmission • Préadmission à distance • Cœur mécanique • Aorte • Cardiopathie congénitale • Valves percutanées • Clinique dentaire
	Unité de chirurgie	• Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins progressifs	
MÉDECINE CARDIAQUE	Soins ambulatoires	• Laboratoire d'hémodynamie et d'électrophysiologie • Cliniques ambulatoires - Cardiosimulateurs - Fibrillation auriculaire, génétique - Insuffisance cardiaque - Transplantation cardiaque • Échocardiographie
	Unité de médecine	• Unités d'hospitalisation
	Unité coronarienne et de soins progressifs	
CHIRURGIE THORACIQUE	Soins ambulatoires	• Clinique ambulatoire de chirurgie thoracique
	Unité de chirurgie	• Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins progressifs	
MÉDECINE PULMONAIRE	Soins ambulatoires	• Cliniques spécialisées de pneumologie - Asthme - MPOC - Apnée du sommeil - Fibrose kystique - Bronchectasie • Guichet de coordination et d'investigation du cancer du poumon • Service ambulatoire de thérapie systémique contre le cancer (salle d'oncologie) • Endoscopie respiratoire (salle interventionnelle) • Laboratoire des troubles respiratoires du sommeil • Physiologie respiratoire
	Unité de médecine	• Unités d'hospitalisation
	Unité de soins intensifs	
	Service régional de soins respiratoires et de services à domicile	• Programme national d'oxygénothérapie à domicile • Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

TRAJECTOIRES	COMPOSANTES	SERVICES
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ	Soins ambulatoires	• Clinique ambulatoire de chirurgie de l'obésité
	Unité de chirurgie	• Unité d'hospitalisation
MÉDECINE SPÉCIALISÉE	Soins ambulatoires	• Centre de soins de jour - Diabète - Insuffisance rénale - Anticoagulothérapie - Activités de médecine de jour • Endoscopie digestive • Service de suppléance rénale
	Unité de médecine	• Unité d'hospitalisation
SOINS PALLIATIFS	Unité de médecine	• Consultations en soins palliatifs • Lits dédiés d'hospitalisation
SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES	Unité de médecine	• Consultations et soutien à l'autonomie de la personne âgée • Unité d'hospitalisation
PROMOTION DE LA SANTÉ MÉDECINE CARDIAQUE / CHIRURGIE CARDIAQUE MÉDECINE PULMONAIRE MULTITRAJECTOIRE	Soins ambulatoires	• Pavillon de prévention des maladies cardiaques • Réadaptation cardiaque • Réadaptation pulmonaire • Programme d'aide à la cessation tabagique • Clinique de prévention secondaire Traité-Santé
SERVICES TRANSVERSAUX	Service de l'urgence Services diagnostiques • Imagerie médicale • Laboratoires de biologie médicale Services thérapeutiques • Bloc opératoire • Thérapie respiratoire Services de soutien clinique • Nutrition clinique • Pharmacie • Service social et liaison • Réadaptation	

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE



Jacinthe Dion, infirmière clinicienne au PPMC, avec un usager

L'Institut dessert principalement la population du centre et de l'est de la province, soit : Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Mauricie et Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Côte-Nord. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2017-2018, 54 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 46 % est hors région.

Les hospitalisations ont connu une augmentation de l'ordre de 1 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 15 598* hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,3 jours par rapport à 15 436* en 2016-2017, pour une DMS de 6,5 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 64 % et 18 %. Les autres spécialités totalisent 18 % de la clientèle hospitalisée, dont 5 % pour les maladies liées à l'obésité.

La répartition par groupe d'âges démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans, pour un taux de 33 %. Suit de près la tranche d'âge de 45-64 ans dans une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels la médecine interne et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 122 952 pour 43 690 usagers. Cela représente une augmentation de 1 % par rapport à 122 257 visites pour 43 268 usagers en 2016-2017.

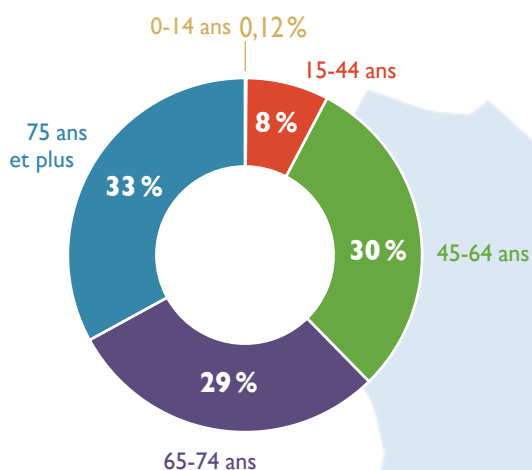
* représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018



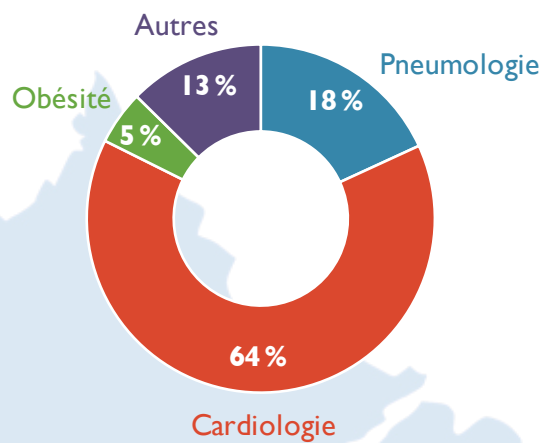
Virginie Lacombe, nutritionniste avec une usagère

2017
2018

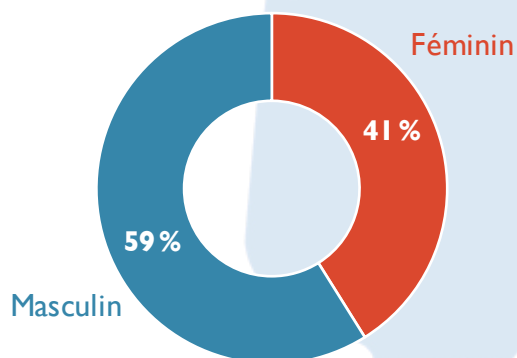
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE



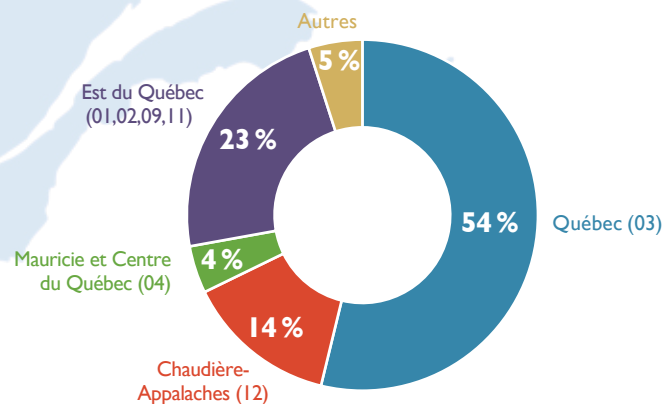
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS*

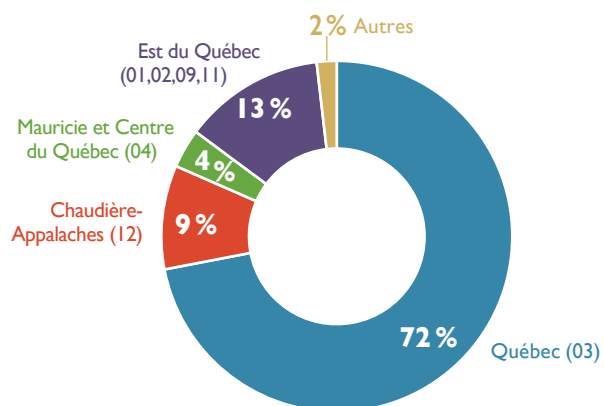


* Régions socio-sanitaires du Québec

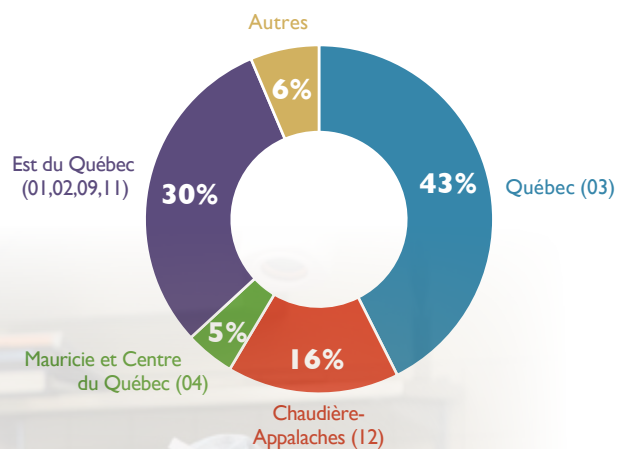
2017
2018

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS
PAR RSS PAR SPÉCIALITÉ

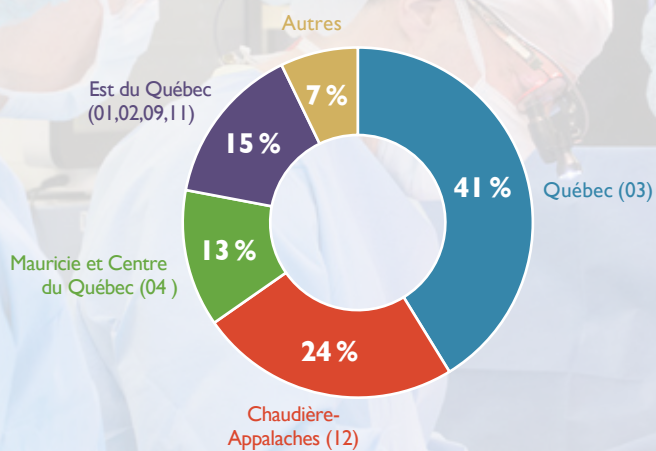
PNEUMOLOGIE



CARDIOLOGIE



OBÉSITÉ





PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

Caucus de direction

- ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS, NOTAMMENT EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE ET EN ONCOLOGIE THORACIQUE
- SYSTÈME DE GESTION VALORISANT LA PARTICIPATION ET LA PROXIMITÉ
- DISPONIBILITÉ, EN QUANTITÉ SUFFISANTE, D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE EN RÉPONSE AUX BESOINS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS, NOTAMMENT AU PLAN DES RESSOURCES DE RÉADAPTATION CLINIQUE
- AMÉLIORATION DE LA FLUIDITÉ DU PARCOURS DE L'USAGER, DE SON ARRIVÉE À L'URGENCE À SON DÉPART
- OBTENTION DE L'ENGAGEMENT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À LA RÉALISATION DU PLAN CLINIQUE ET DU PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER, INCLUANT LE CENTRE DU SAVOIR
- AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE GLOBALE, NOTAMMENT DANS LES SECTEURS DES SOINS CRITIQUES ET DE LOGISTIQUE HOSPITALIÈRE
- POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT D'UN ENVIRONNEMENT DE RECHERCHE ATTRACTIF, NOTAMMENT PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PHASE V DU CENTRE DE RECHERCHE
- AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES : HYGIÈNE DES MAINS ET IDENTIFICATION DE L'USAGER



Employés participant à un entraînement avec des éducateurs physiques du PPMC

Le rapport annuel de gestion de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval a été élaboré à partir du modèle du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Afin d'en alléger le contenu, seuls les axes qui touchent directement notre établissement ont été conservés.

Les objectifs sont identifiés à l'aide du pictogramme suivant



FAVORISER L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE AFIN DE PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES ET LES CANCERS

INAUGURATION D'UNE NOUVELLE UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS (PROJET DE REVITALISATION AU 3^E ÉTAGE DU PAVILLON D)

Les travaux visant le réaménagement de l'unité de soins palliatifs au 3^e étage du pavillon D ont été complétés durant l'été 2017. Ce projet vise à améliorer le confort et la tranquillité des patients en fin de vie dans un environnement adapté à leurs besoins et à ceux de leurs proches. Cette nouvelle unité est composée de cinq chambres en soins palliatifs et d'une chambre en soins gériatriques de fin de vie. L'aménagement des chambres comprend la climatisation, un fauteuil-lit, une salle de bain avec douche privée pour les proches, un réfrigérateur, une machine à café, l'ajout d'éléments de décoration afin de créer une ambiance propice à la sérénité de même qu'un accès au balcon. Un salon réservé aux familles et aux patients a aussi été aménagé.

RECHERCHE AXÉE SUR LA PRÉVENTION ET LES SAINES HABITUDES DE VIE

Les axes de recherche de notre centre se situent au cœur des priorités mondiales dans le domaine de la santé et représentent une force stratégique majeure pour freiner la progression de maladies chroniques sociétales et les cancers.

Voici quelques exemples survenus au cours de la dernière année :

- Activités des chaires de recherche, dont le Congrès international sur les maladies chroniques sociétales de la Chaire internationale sur le risque cardiométabolique.

- Plus de 500 publications scientifiques, dont plusieurs en prévention et liées aux saines habitudes de vie, dont :
 - « Cardiovascular disease prevention: lifestyle attenuation of genetic risk », publiée dans *Nature Reviews Cardiology*;
 - « The Quebec Respiratory Health Education Network: Integrating a model of self-management education in COPD primary care », publiée dans *Chronic Respiratory Disease*;
 - « The Quebec experience in promoting healthy lifestyles and preventing obesity: how can we do better? » publiée dans *Obesity Reviews*.

MOBILISATION DE L'INSTITUT DANS LE PROJET ÉVÈNEMENTIEL « ÇA MARCHE DOC! »

Pour une deuxième année consécutive, le projet évènementiel « Ça marche Doc! » s'est poursuivi par 24 émissions télévisées diffusées sur les ondes de MATV avec des experts en médecine, urbanisme, économie, foresterie urbaine et architecture. Cette année, quatre médecins-chercheurs y ont participé, soit les docteurs Paul Poirier (idéateur et porte-parole), Antoine Delage, Caroline Rhéaume et Philippe Pibarot. Ces émissions ont été suivies de marches ludiques exploratoires dans différents milieux urbains de Québec ou de Chaudière-Appalaches.

Rappelons que ce projet vise à faire connaître les multiples liens causaux qui existent entre la santé et l'aménagement urbain. Il a été approuvé par le MSSS et financé par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, le Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches (CIUSSS de la Capitale-Nationale), le CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec), l'Institut ainsi que par le Fonds vert dans le cadre du Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques du gouvernement québécois.



Membre du PPMC, avec M^{me} Carmen Paquette, agente de programmation, planification et recherche / Kinésiologue



M^{me} Johanne Elsener, coordonnatrice du projet Ça marche Doc!
et Dr Paul Poirier, cardiologue



M^{me} Hélène Beaulieu, infirmière en prévention et contrôle des infections, M^{me} Marie-Josée Laflamme, chef des activités en santé et sécurité du travail, accompagnées des gagnantes des prix de participation dans le cadre de la campagne de vaccination contre l'influenza.



ACCROÎTRE LA VACCINATION GRIPPALE CHEZ LES MALADES CHRONIQUES

VACCINATION DES USAGERS DE L'INSTITUT CONTRE L'INFLUENZA

Encore une fois cette année, les équipes cliniques ont été au rendez-vous pour vacciner les usagers. Au total, 2 230 individus ont subi une évaluation à l'admissibilité à la vaccination et 427 vaccins ont été administrés en suivi de ces évaluations. En 2015-2016, quelque 1 515 évaluations avaient été effectuées et 428 vaccins avaient été administrés. L'augmentation du nombre d'évaluations cette année est étroitement liée à la durée prolongée de la campagne de vaccination.



Usagère avec M^{me} Christine Ouellet, infirmière clinicienne



RÉDUIRE LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

CIBLES ET PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE

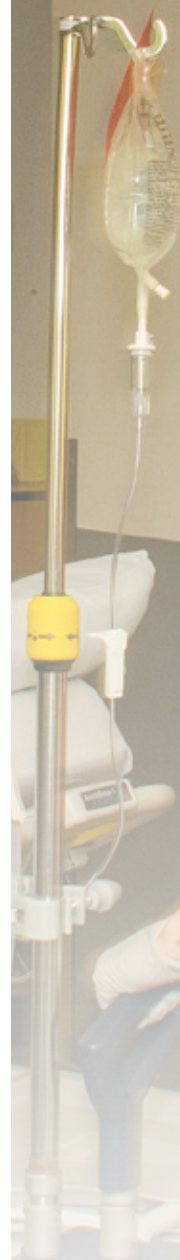
Au cours de l'année, le Service de l'urgence a réussi à maintenir la durée moyenne de séjour (DMS) pour les usagers non admis à 6,4 heures. Toutefois, la DMS des usagers admis a subi une baisse 0,9 heure, ce qui a porté la DMS à l'urgence de la clientèle sur civière à 12,35 heures, comparativement à la cible de douze heures. Le taux d'occupation moyen a été de 89,24 % (cible : 100 %). La diminution de la durée de séjour pour la clientèle de l'urgence en attente d'un lit est passée de 14,8 à 13,8 heure, soit une heure de moins. C'est ainsi que malgré un effort organisationnel quotidien, 1 079 des 26 110 patients de l'urgence ont vécu un séjour sur civière de plus de 24 heures. Actuellement, des actions concrètes sont en place à tous les niveaux de l'organisation, en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et avec le programme Alliance, afin de pouvoir dispenser les services les mieux adaptés, au bon moment et au meilleur endroit.

GESTION DES SÉJOURS À L'URGENCE

L'Institut a présenté une amélioration significative de la durée moyenne de séjour des usagers à l'urgence, notamment en lien avec plan d'action organisationnel. En conséquence :

- aucun usager n'a séjourné 48 heures à l'urgence;
- l'urgence a connu une diminution de 58 % des séjours de plus de 24 heures par rapport à l'année précédente;
- la durée moyenne de séjour est passée de 13,25 à 12,35 heures, soit une amélioration de 54 minutes.

AXE - PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE



		2017-2018	2016-2017	2015-2016
HOSPITALISATIONS	Nombre d'hospitalisations	15 598	15 396	14 598
	Durée moyenne de séjour courte durée	6,29	6,44	6,41
	Jours présence courte durée	97 913	97 915	94 010
	Durée moyenne de séjour longue durée	22,88	25,13	34,45
	Jours présence longue durée	672	1 702	1 676
	% moyen d'occupation selon lits disponibles	86,27 %	88,11 %	86,57 %
URGENCE	DMS sur civière urgence (heures)	12,35	13,25	12,74
	DMS usagers hospitalisés (heures)	13,35	14,70	13,14
	Nombre d'usagers sur civière urgence	13 301	13 461	12 736
	Délai arrivée et demande d'admission (heures)	7,10	7,62	8,15
	Délai moyen entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soins (cardiologie)	6,17	7,0	4,49
	% de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	66,9 %	67,8 %	69,2 %
	% de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour est moins de 4 heures	56,9 %	57,3 %	58,3 %
	% d'usagers sur civière de plus de 24 h	8,11 %	13,78 %	11,28 %
	Nombre d'usagers sur civière de plus de 24 h	1 079	1 855	1 437
	% d'usagers sur civière de plus de 48 h	0 %	0,10 %	0,02 %
	Nombre d'usagers sur civière de plus de 48 h	0	14	2



ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS DANS DES DÉLAIS MÉDICALEMENT ACCEPTABLES

AGRANDISSEMENT DU SERVICE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE CARDIAQUE ET AMÉNAGEMENT D'UNE SALLE D'OPÉRATION HYBRIDE

D'une superficie brute de 3 250 m², l'Institut a réalisé des travaux permettant l'agrandissement du pavillon C pour y déménager la clinique des cardiostimulateurs et les trois salles d'électrophysiologie ainsi qu'un espace visant à réaménager le bloc opératoire. La clinique de la cardiostimulateurs, qui permet entre autres de suivre la clientèle porteuse de cardiostimulateurs et de défibrillateurs, est maintenant dotée d'espaces fonctionnels permettant une meilleure prise en charge et davantage de confidentialité. Les nouvelles salles d'électrophysiologie répondent aux standards modernes et possèdent l'équipement de haute technologie nécessaire pour offrir une gamme d'interventions dans le traitement complexe des arythmies cardiaques, tant pour la clientèle adulte que pédiatrique, et ce, pour tout l'est du Québec.

La première phase de l'agrandissement du bloc opératoire a permis d'aménager une salle d'opération de chirurgie cardiaque répondant aux normes actuelles de même qu'une salle de cardiologie interventionnelle hybride. Ces nouvelles salles permettront aux chirurgiens cardiaques, hémodynamiciens et électrophysiologistes de procéder des interventions à la fine pointe de la technologie, notamment les procédures structurales complexes dont les remplacements valvulaires percutanées et les chirurgies de remplacement de l'aorte, et ce, dans un environnement optimal et sécuritaire. Le projet s'est réalisé dans le respect du programme, du budget et de l'échéancier grâce à l'appui de tous les collaborateurs, notamment les équipes cliniques et le Service de génie biomédical. Une autorisation ministérielle est attendue pour la finalisation de la deuxième phase d'agrandissement du bloc opératoire.

AXE - SERVICES SPÉCIALISÉS

MAINTIEN DE L'ACCÈS AU PROGRAMME CHIRURGICAL MALGRÉ DE LONGS TRAVAUX

Cette année, la Direction des services professionnels (DSP) a effectué une planification rigoureuse des activités chirurgicales en étroite collaboration avec les autres directions cliniques de l'établissement et les équipes médicales. À partir de septembre 2017, deux équipes de soir ont été mobilisées au bloc opératoire afin de maintenir l'accès aux services en chirurgie cardiaque ce qui a permis de réaliser les travaux de l'agrandissement en façade sans impact pour nos usagers. En dépit d'une augmentation de la productivité, l'atteinte des cibles ministérielles n'a pas été possible en hémodynamie et en électrophysiologie. Malgré la fermeture d'une salle d'opération pendant plusieurs mois durant les travaux, l'Institut a réussi à maintenir l'accès en chirurgie thoracique et à l'améliorer en chirurgie cardiaque.

Hémodynamie

- 2016-2017 : catégorie A 84 %; catégorie B 76 %
- 2017-2018 : catégorie A 81 %; catégorie B 72 %

Électrophysiologie

- 2016-2017 : catégorie A 67 %; catégorie B 21 %
- 2017-2018 : catégorie A 66 %; catégorie B 26 %

Chirurgie thoracique

- 2016-2017 : 84,9 % des patients avec cancer thoracique opérés en moins de 28 jours et 98,9 % en moins de 56 jours
- 2017-2018 : 85,2 % des patients avec cancer thoracique opérés en moins de 28 jours et 99,47 % en moins de 56 jours

De nombreux efforts et des travaux ont été consentis dans le processus de la planification chirurgicale. L'accessibilité à la tomographie par émission de positron (TEP), un examen incontournable pour la prise en charge des usagers, demeure un enjeu.

Chirurgie cardiaque

- 2016-2017 : Catégorie A (CUM) : 85 % dans les délais
Catégorie B (CUM) : 61 % dans les délais
Liste d'attente de 405 usagers en fin d'année
- 2017-2018 : Catégorie A (CUM) : 90 % dans les délais
Catégorie B (CUM) : 83 % dans les délais
Liste d'attente de 317 usagers en fin d'année

Nous observons une amélioration importante de l'accès en chirurgie cardiaque au cours de l'exercice financier 2018,

soit une augmentation de 5 % au cumulatif dans les délais pour la catégorie A et de 22 % en catégorie B. Les travaux relatifs à la planification chirurgicale et au maintien des activités pendant les travaux de l'agrandissement en façade ont permis de diminuer la liste d'attente.

Chirurgie bariatrique

En chirurgie bariatrique, l'accès à la chirurgie s'est amélioré malgré une importante liste d'attente. En effet, 651 usagers ont eu une chirurgie bariatrique en 2017-2018 comparativement à 617 usagers en 2016-2017, ce qui représente une augmentation de 6 %. Les défis demeurent élevés afin de répondre aux besoins populationnels visant à corriger les maladies métaboliques sociétales.

DÉVELOPPEMENT DU TRAITEMENT PAR RADIOFRÉQUENCE POUR LA MÉTAPLASIE DE BARRETT

L'Institut a consolidé son offre de service pour le traitement et la prise en charge de l'œsophage de Barrett. Cette technique représente une excellente alternative à l'œsophagectomie traditionnelle lorsque réalisée précocement. C'est une technique endoscopique sécuritaire et peu invasive qui ne comporte que de très rares complications postprocédure, et ce, même après plusieurs séances de traitement. Elle est réalisée en endoscopie digestive et permet d'éviter le recours à l'œsophagectomie, une chirurgie invasive réalisée au bloc opératoire et qui nécessite une longue période de convalescence et une durée moyenne de 19 jours d'hospitalisation. Cette technique contribue à confirmer que l'Institut a un important rôle suprarégional de leader dans le domaine de la prise en charge des pathologies oncologiques thoraciques, notamment de l'œsophage, au sein du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). En 2017-2018, dix usagers ont pu bénéficier de cette approche novatrice.

CLINIQUE DE TUBERCULOSE

Une clinique de tuberculose exclusivement dédiée à la clientèle adulte a débuté ses activités en août 2017. Cette nouvelle offre de service est le résultat d'un partenariat médical et administratif entre l'Institut et le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces cliniques, menées par les équipes de pneumologie, d'inféctiologie et de santé publique, ont pour but de poser un diagnostic et d'offrir la prise en charge nécessaire aux patients présentant un test de dépistage tuberculinique positif, une infection tuberculeuse latente ou une infection tuberculose active.

HARMONISATION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE POUR LA CLIENTÈLE DES RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRES-APPALACHES

L'année 2017-2018 a permis à l'Institut de débiter une démarche d'harmonisation de l'offre alimentaire. Le processus de changement est donc amorcé et les travaux se poursuivent avec l'implantation d'un cycle de menu de trois semaines au lieu d'une semaine. Ce nouveau menu, axé sur une approche patient, est centré sur une alimentation de qualité, sécuritaire et riche en protéines. L'Institut pourra ainsi améliorer son offre à la clientèle dysphagique et répondre à la prévention et au traitement de la dénutrition.

AMÉLIORER LA SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

OFFRE DE SERVICE EN CANCÉROLOGIE

La Direction générale de cancérologie a mandaté l'Institut pour un projet de consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire pour l'est de la province. Le mandat de ce projet était de définir le rôle et les responsabilités de l'Institut à titre d'établissement tête de réseau, d'établir des modalités de fonctionnement et de collaboration optimale auprès des partenaires membres du réseau, d'établir avec les différents centres une trajectoire de soins et de services et finalement, d'élaborer des plans d'action pour s'assurer de la fluidité des trajectoires.



M^{me} Valérie Caron, assistante-chef technique au service d'anatomopathologie et cytologie

Les visites des établissements, les ateliers de travail avec chacun des partenaires, le soutien que l'Institut a fourni auprès de ses partenaires ont permis de répondre à ce mandat. Le projet est maintenant transférable dans d'autres régions du Québec.

IMPLANTATION DE POMPES EXTRACORPORELLES AU BLOC OPÉRATOIRE (SORIN CONNECT)

Les ordinateurs portables des perfusionnistes vivaient des coupures de communication avec les pompes extracorporelles Sorin situées dans les salles du bloc opératoire de l'Institut. Le projet visait à remplacer les portables DELL (et le client DMS) par une solution recommandée par le fabricant Sorin, soit le progiciel Connect Manager, plus récent.

ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (ÉTMIS)

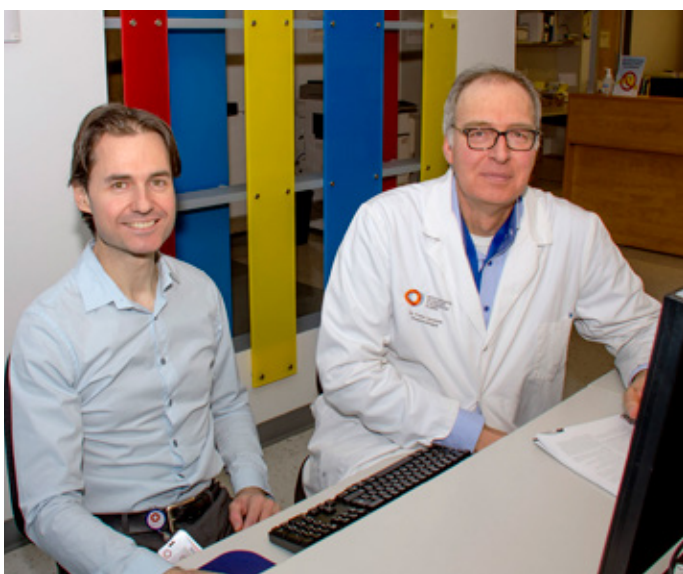
L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS) fait partie des quatre missions de notre institut universitaire. Jusqu'à récemment, les études ÉTMIS étaient réalisées en partenariat avec les professionnels du CHU de Québec. En 2017, la DSP a pris la décision d'embaucher un professionnel afin d'implanter une unité ÉTMIS à l'Institut, sous la direction scientifique du docteur Yves Lacasse. Une collaboration étroite avec le service de génie biomédical a permis de mettre en place un guichet unique d'évaluation des nouveaux projets. Deux comités assurent la gouvernance de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS), soit le comité de gestion ÉTMIS (CGÉ) et le comité directeur scientifique (CDS). Le CGÉ analyse les nouvelles demandes d'évaluation et détermine le meilleur choix méthodologique. Le CDS est responsable de la priorisation des nouvelles demandes, effectue une révision médicale et scientifique des rapports d'ÉTMIS et entérine les recommandations. Il regroupe des membres de la DSP, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du Département de pharmacie, du Service de génie biomédical, du Centre de recherche ainsi que de la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique.

L'INSTITUT A PUBLIÉ DEUX ÉTUDES UETMIS

1. Utilisation à domicile d'un dispositif d'insufflation-exsufflation mécanique d'assistance à la toux pour les adultes atteints de maladies neuromusculaires qui ne requièrent pas d'assistance ventilatoire

2. Évaluation des technologies d'électrocardiographie ambulatoire pour le diagnostic d'arythmies cardiaques

La création d'une UETMIS autonome a permis de diversifier les produits d'évaluation offerts, soit le rapport d'évaluation complet, le rapport d'examen rapide et l'analyse clinico-économique. Cette nouvelle structure facilitera la collaboration entre les cliniciens et les gestionnaires de l'Institut, l'implantation d'une culture d'évaluation ainsi que la collaboration avec d'autres UETMIS québécoises et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux.



M. Sylvain Bussières et D  Yves Lacasse, pneumologue

RECHERCHE EN ONCOLOGIE PULMONAIRE

Les chercheurs de l'Institut sont impliqués de près au sein du *PanCan Study Team*, un regroupement canadien sur le dépistage du cancer du poumon qui offre une solide contribution dans ce domaine. Ils collaborent également à l'étude des mécanismes moléculaires et génétiques de la susceptibilité au cancer du poumon et de la résistance à la chimiothérapie. La recherche en pathologie moléculaire que mènent nos chercheurs risque de bouleverser l'investigation du cancer du poumon et permettra le développement de traitements tant attendus pour contrer ce cancer qui demeure, en 2017, le plus mortel. Finalement, depuis le printemps 2017, l'équipe multidisciplinaire d'oncologie de l'Institut a établi un partenariat avec la prestigieuse *International Association for the Study of Lung Cancer* afin de participer à la base de données qui servira à l'élaboration de la neuvième édition du TNM. Cette organisation entérine les classifications et le stade des tumeurs thoraciques, supporte la recherche et met en place les lignes directrices pour le diagnostic et le traitement du cancer du poumon.



M^{me} Suzanne Gagnon,
technicienne de
laboratoire en
microbiologie



RENFORCER LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS LIÉES AU SÉJOUR EN MILIEU HOSPITALIER

HYGIÈNE DES MAINS

L'hygiène des mains a été définie comme étant une priorité organisationnelle pour l'année 2017-2018. Par conséquent, plusieurs stratégies panhospitalières et sectorielles ont été déployées afin d'accroître la compliance des soignants à l'hygiène des mains dans le but d'atteindre la cible ministérielle.

Certains efforts déployés par l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) et par les équipes soignantes comprennent entre autres : la journée mondiale de l'hygiène des mains, des activités de rétroaction continue dans le temps mises en place par les chefs d'unité, la réalisation des audits avec reddition des résultats aux deux mois tout au long de l'année. L'intervention la plus notoire a été l'ajout de deux ressources infirmières auxiliaires à temps partiel qui ont réalisé la rétroaction continue en temps réel aux intervenants entre mai et décembre 2017. Cette pratique a donné lieu à 7 900 rétroactions directes aux intervenants cliniques, ce qui a certes permis d'accroître le taux d'hygiène des mains de 44 % en 2016-2017 à 63 % en 2017-2018. Malgré le fait que la cible ministérielle de 70 % n'ait pas été atteinte, la nette progression de 19 % permet de croire qu'en déployant la même intensité d'action en 2018-2019, la cible de 75 % pourra être rencontrée.

VISITE D'AGRÈMENT CANADA ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS



En novembre 2016, l'établissement s'est vu octroyer un « agrément avec mention » avec un taux de conformité de 96,8 %. Les équipes ont travaillé avec rigueur et persévérance pour répondre aux six critères jugés non conformes nécessitant un suivi auprès de l'organisme d'accréditation. À cet effet, des preuves de conformité ont été soumises auprès d'Agrément Canada le 18 octobre 2017. Elles concernaient la pratique organisationnelle requise portant sur l'identification de l'usager. Toute la

démarche d'amélioration a été faite à l'échelle de l'établissement. En effet, un audit de départ a été réalisé dans le but d'élaborer un plan d'action et de communication en réponse aux écarts observés. Le plan prévoyait des mesures de contrôle régulières sous forme d'audit, dont les résultats ont été partagés avec les équipes par le biais des caucus mis en place pour favoriser la gestion de proximité avec les employés. C'est le

ENSEMENCE

AXE - SÉCURITÉ ET PERTINENCE

17 novembre dernier qu'Agrément Canada confirmait que l'Institut avait respecté les exigences en matière de suivi, démontrant ainsi notre conformité à cette pratique.

Comme l'identification de l'utilisateur est demeurée une priorité organisationnelle 2017-2018, celle-ci a continué d'être suivie régulièrement par le biais des caucus. Ainsi, trois audits ont été réalisés au cours de cette période et des interventions ont été effectuées afin de maintenir les acquis. Les cinq autres critères faisant l'objet d'un suivi le 18 avril 2018 concernent l'évaluation de l'efficacité de l'approche de prévention des chutes pour laquelle les travaux sont déjà presque terminés, les trois critères touchant les analyses de biologie délocalisées et un dernier critère touchant les laboratoires biomédicaux. Les équipes sont toujours à l'œuvre. Vous pouvez consulter le rapport complet sur le site Internet de l'Institut dans la section « Institut », « Qualité et performance », « Agrément ».

FAVORISER LES EXAMENS ET LES TRAITEMENTS LES PLUS APPROPRIÉS AFIN D'ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET D'ÉVITER DES INTERVENTIONS INUTILES

RECHERCHE DE POINTE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Dans le cadre de différents projets de recherche, les chercheurs de l'Institut sont amenés à développer de nouvelles technologies et des modes d'intervention en vue d'améliorer l'offre de traitements aux patients. Voici quelques exemples survenus au cours de la dernière année :

- essai clinique sur une nouvelle valve péricardique destinée aux patients en cardiopathie valvulaire;
- création d'un nouveau dispositif d'optimisation de l'oxygénothérapie;
- étude sur la prédiction du risque de maladie cardiaque précoce à l'aide de tests polygéniques;
- implantation par cathéter chez les patients souffrant de défaillance cardiaque avancée;
- étude des mécanismes et traits de personnalité liés aux dépendances alimentaires chez les personnes atteintes d'obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique.

CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

Les orientations ministérielles visent essentiellement à encadrer l'utilisation exceptionnelle des contentions, voire ultimement les éliminer par l'instauration de mesures remplacement (MSSS, 2015). Dès lors, la surveillance constante, lorsqu'utilisée comme mesure de remplacement, s'avère l'une des moins contraignantes dans les situations où la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des usagers ainsi que d'effectuer une vigie sur l'utilisation des mesures de contention, une étude de prévalence a été réalisée sur trois unités, considérées comme les plus grandes consommatrices de surveillance constante (2016-2017). À la lumière de ces analyses, nous constatons que le processus établi pour évaluer la pertinence d'utiliser une mesure de contrôle est respecté dans 100 % des situations. De plus, tous les usagers (100 %) présentaient des facteurs de risque nécessitant la mise en place de mesure de contrôle. En résumé, les dossiers analysés démontrent la complexité des interventions et des soins à administrer à une clientèle vieillissante et fragilisée par des procédures chirurgicales majeures ou très invasives. Le personnel soignant intervient rapidement dans le processus puisque 100 % des facteurs de risque sont associés au danger pour la sécurité de l'utilisateur ou celle d'autrui.

PLAN CLINIQUE : ATELIER « DÉFINIR LE MODÈLE D'ORGANISATION AJUSTÉ AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE »

Afin de s'assurer de pouvoir répondre dans un avenir prochain aux besoins populationnels, l'Institut s'est engagé à une démarche d'élaboration d'un plan clinique. Cette démarche structurée a mobilisé les principaux acteurs de l'organisation ainsi que ses partenaires et visait le développement d'une vision commune quant à l'avenir de l'Institut. Des ateliers de discussion ont permis de mettre en lumière l'inéquation entre l'offre de services proposée et les infrastructures actuelles. Également, le plan clinique a permis de constituer une banque considérable et riche en information et en opportunités d'amélioration. Ces opportunités seront mises de l'avant dans la prochaine année, permettant de maintenir l'accès aux différentes missions de l'Institut.

Membre du PPMC, avec
M^{me} Annie-Pier Côté,
kinésologue



CONSOLIDER L'ADAPTATION DES SOINS ET DES SERVICES AUX CONDITIONS DES PERSONNES ÂGÉES

PROJET RÉGIONAL À L'ÉGARD DE LA CLIENTÈLE REQUÉRANT UN NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)

Recevoir les bons services auprès d'une ressource adaptée et selon son état de santé est l'un des objectifs prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, l'Institut a initié un projet vitrine à l'automne dernier, en partenariat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ayant comme slogan : « Ensemble et unis vers votre milieu de vie, une vision régionale afin de faciliter le parcours de l'utilisateur NSA », ce projet vise à améliorer l'accès aux soins et aux services requis en fonction des besoins cliniques de l'utilisateur. De même, il assure le départ sécuritaire de l'utilisateur ayant séjourné à l'Institut mais qui ne requiert plus de soins aigus par notre établissement. Plusieurs travaux se poursuivent et les résultats positifs attendus visent principalement l'expérience patient, le désengorgement de l'urgence, de même que l'amélioration de l'accès à la chirurgie à l'Institut.



Patient, avec M^{me} Mireille Fleury, thérapeute en réadaptation physique

AXE - PERSONNES ÂGÉES



Bénévoles rendant visite à un usagé hospitalisé



ASSURER DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE RESPECTANT LES CHOIX DES PERSONNES

PERSONNES MISES SOUS GARDE

Durant l'année, huit gardes préventives ont été demandées et une garde en établissement a été réalisée.

NIVEAUX DE SOINS

La Direction des services professionnels a travaillé en étroite collaboration avec celles du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CHU de Québec afin de mettre en place le formulaire harmonisé des niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire, visant à améliorer le transfert de l'information tout au long du parcours de soins de l'utilisateur et ainsi assurer une prise en charge optimale respectant les volontés de l'utilisateur.

La détermination du niveau de soins et de la réanimation cardiorespiratoire est sous la responsabilité du médecin. Elle est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle, du pronostic exprimé en matière de morbidité et de réversibilité, ainsi que des répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie.

Les niveaux de soins sont représentés selon quatre options :

- A : Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires.
- B : Prolonger la vie par des soins limités.
- C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- D : Assurer le confort sans viser à prolonger la vie.

À cet égard, la politique relative à l'application des niveaux de soins a fait l'objet de plusieurs validations et elle a été adoptée par le conseil d'administration le 28 novembre 2017. Une procédure vise à appliquer les principes découlant de cette politique ainsi que des recommandations du comité de réanimation du CMDP.

LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Conformément à la loi, l'Institut offre les meilleurs standards de pratique à l'égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs et qui désire une sédation palliative continue ou qui exprime la volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir (AMM). La qualité des actes médicaux et des soins offerts est évaluée périodiquement par le CMDP de l'établissement. Un rapport semestriel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut. Pour l'année 2017-2018, le bilan des soins de fin de vie est illustré dans le tableau suivant.

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	561
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	30
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	41
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées incluant une demande faite avant et administrée après le 10 décembre 2016	21
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs *	21

Rapports couvrant la période du 10 décembre 2016 au 9 décembre 2017

*** Données extraites du CMDP et de la base de données de l'Institut pour les soins palliatifs et de fin de vie**

- Une personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM
- Sept personnes ont cessé de répondre aux conditions --> N'étaient pas aptes à consentir aux soins
- Cinq personnes ont retiré leur demande ou ont changé d'avis
- Une personne est décédée avant l'administration
- Cinq personnes sont décédées avant la fin de l'évaluation
- Deux demandes n'ont pas été administrées car déclin rapide de la personne





Employés du
département
de médecine
d'urgence



MAINTENIR LA MOBILISATION DU PERSONNEL DU MINISTÈRE EN ACCROISSANT SA CAPACITÉ À S'ADAPTER À UN CONTEXTE MINISTÉRIEL EN ÉVOLUTION

Le comité santé et mieux-être (CSME) a tenu cinq réunions au cours de l'année et a accompli plusieurs projets reliés aux quatre sphères du programme Entreprise en santé, dans le cadre de son plan d'action 2016-2018. Pour la sphère conciliation travail – vie personnelle, un cours sur la méditation pleine conscience est maintenant offert permettant aux employés d'avoir une saine gestion de leur stress. Pour la sphère environnement de travail, des actions de prévention concernant les troubles musculosquelettiques reliés à la mobilisation des patients ont été posées dans 3 unités de soins. L'Institut devient également un établissement sans fumée et sans vapotage. Le comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST) a également adressé la problématique de la chaleur accablante. Concernant la sphère habitudes de vie, nous avons développé un partenariat afin de vendre des paniers de légumes et de fruits biologiques. Enfin, dans la sphère pratique de gestion, l'Institut a poursuivi ses efforts dans l'implantation des caucus et des stations visuelles pour améliorer l'information diffusée et l'animation de celles-ci.

ACTIVITÉS DE RECONNAISSANCE

Gala reconnaissance

En juin 2017 avait lieu la huitième édition du gala reconnaissance de l'Institut où 340 invités ont pu assister au dévoilement des personnes et des équipes en nomination ainsi que des lauréats des quinze catégories. Un prix « Coup de cœur » a également été décerné à un groupe d'employés de l'unité coronarienne pour leur sensibilité et leur grande générosité à accompagner une patiente auprès de son nouveau-né en dehors des heures de travail. Le groupe « Les Respectables » a assuré l'animation musicale au cours de la soirée. Quelques publicités humoristiques ont également été diffusées afin de souligner l'arrivée du centenaire de l'Institut. Rires et plaisir étaient au rendez-vous. Pour couronner cette soirée, le « Prix d'excellence » a été décerné à madame Julie Racicot, pharmacienne, chef du Département de pharmacie de l'Institut.

Depuis le mois de février 2016, voici tout le chemin parcouru jusqu'à ce jour depuis la création du comité de bénévoles, où les membres ont mis toute leur ardeur et leur détermination, avec énormément de passion, pour réaliser les activités suivantes :

- identification du porte-parole officiel, M. Pierre Jobin de TVA Québec;
- lancement officiel de la programmation des activités;
- sollicitation auprès de différents partenaires pour trouver du financement, notamment avec L'Ange-Gardien Ford;
- diffusion dans le Journal de Québec et à TVA Québec, à titre de télédiffuseur officiel, contribuant ainsi à faire rayonner l'Institut;
- réalisation d'une édition spéciale du centenaire du bulletin L'Institut;



- réalisation d'une exposition de photographies historiques exposée en permanence dans l'établissement, pour le plus grand bénéfice de la clientèle et du personnel, inaugurée en présence des Sœurs de la Charité de Québec;
- réalisation d'une grande affiche extérieure mettant en scène des usagers et des membres du personnel;
- concours interne d'un slogan du centenaire;
- vente d'objets promotionnels à l'effigie du centenaire;
- tenue du banquet officiel animé par l'humoriste P.A. Méthot;
- tenue de plusieurs autres activités, notamment dans le cadre de la Semaine nationale des soins infirmiers;
- diffusion de vidéo témoignages de différentes personnalités publiques.

Toutes ces activités ont permis de faire revivre l'histoire de l'Institut à travers le temps afin que ses bâtisseurs ne tombent pas dans l'oubli.



Comité organisateur des fêtes du centenaire

1^{ère} rangée : Joël Clément, président du comité organisateur, Carly Contreras, Mélika Robert, Francine La Roche.

2^e rangée : Sébastien Bouchard, Valérie Boudreau, Stéfane Lebel, Valérie Langlois.

3^e rangée : Chantal Boutin Gauvin, Myriam Pelchat, Josée Beaudet, David Anderson et Philippe Larue.

Absents au moment de la prise de la photographie : Stéphanie Roy, Nicole Morin, Joanne Hamelin, Francine Careau, Josianne Bonneville et Julien Gervais

Activités entourant les fêtes du centenaire

Dans le cadre du centenaire de l'établissement, le comité organisateur des fêtes a réalisé plusieurs activités, notamment pour faire reconnaître publiquement :

- le caractère unique de l'Institut;
- la qualité des soins et des services offerts;
- l'expertise de son personnel et des médecins;
- son positionnement à l'échelle provinciale et canadienne;
- la consolidation du sentiment d'appartenance vécu à l'interne.



Inauguration officielle le 3 avril 2018 de l'exposition de photographies historiques et du dévoilement de la plaque commémorative par les Sœurs de la Charité de Québec et par le comité des archives historiques



Soirée hommage aux bénévoles et aux personnes retraitées

L'édition 2017 de la soirée hommage aux personnes ayant atteint 25 années de service et aux personnes retraitées a eu lieu le mercredi 25 octobre dernier. Le thème « Cabaret » a été choisi afin de mettre en valeur les personnes invitées pour leurs différents talents : des professionnelles de cœur et des passionnées. Cette soirée permet de remercier ces gens pour leur contribution à l'excellence des soins et des services dispensés par l'Institut. Sur un total de 84 personnes présentes à la soirée, 25 ont atteint 25 années de service et 59 ont pris leur retraite en 2017.

PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES

La Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale s'applique à tous les ministères, aux organismes publics et aux municipalités. Cette loi prévoit l'élaboration d'un plan d'action annuel favorisant leur intégration. Ainsi, l'établissement, avec le soutien de l'ensemble des directions, s'est engagé à élaborer et à réaliser son premier plan d'action à l'égard des personnes handicapées. Des initiatives ont eu lieu, axées sur la sensibilisation aux réalités que vivent ces personnes, aussi bien lors d'une prestation de soins ou de services que lors d'un stage ou de l'exercice de leurs fonctions en milieu de travail. L'Institut poursuit la bonification des services offerts aux usagers handicapés en considérant leurs besoins d'accommodements afin de faciliter et d'améliorer leur expérience.



M^{me} Lucie Goulet,
Gagnante du prix
« Bénévole de l'année »,
M^{me} Nicole Marin,
présidente de l'association
des bénévoles et
M. Denis Bouchard,
pdg de l'Institut

CLIMAT DE TRAVAIL

Politique concernant la prévention et la gestion des situations conflictuelles visant à contrer le harcèlement ou la violence en milieu de travail

Dans le cadre de l'application de la politique visant à prévenir et à gérer les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques intervient auprès d'individus ou des équipes de travail afin de favoriser un milieu de travail sain et harmonieux. À cet égard, au cours de l'année 2017-2018, des interventions individuelles ont été traitées en résolution de conflit avec les chefs de service et les conseillers en gestion des ressources humaines. Aucune plainte formelle n'a été déposée.



Partie de basket-ball en chaises roulantes, dans le cadre de la Semaine nationale des personnes handicapées, du 1^{er} au 7 juin 2017



FAVORISER LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

ACTIVITÉS DE RECRUTEMENT

Pour l'année 2017-2018, des stratégies concernant l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre ont été déployées afin d'augmenter notre visibilité pour ainsi procéder au recrutement d'une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante. Près de 800 candidats ont cheminé dans notre processus d'embauche et 345 nouvelles personnes ont été embauchées afin de combler notre plan des effectifs.

OPTIMISATION DE L'UTILISATION, DE LA DISPONIBILITÉ ET DE L'ENTRETIEN DES FAUTEUILS ROULANTS



CONTEXTE

DE MANIÈRE GÉNÉRALE, IL EXISTAIT UNE PROBLÉMATIQUE DE DISPONIBILITÉ DES FAUTEUILS ROULANTS À L'INSTITUT. TROIS (3) CAUSES PRINCIPALES ONT ÉTÉ IDENTIFIÉES : DES FAUTEUILS INADAPTÉS, UN BESOIN EN DISPONIBILITÉ MAL IDENTIFIÉ ET UN ENTRETIEN INADÉQUAT.

PROBLÉMATIQUES

Besoin en disponibilité mal identifié :

- Problème général de disponibilité de fauteuils pour le personnel clinique et les patients;
- Localisation des équipements difficile;
- Inventaire de l'établissement incomplet (nombre de fauteuils de chaque type inconnu);
- Endroit d'entreposage non délimité pour les espaces communs;
- « Vol » de fauteuils entre les différents secteurs et tensions interéquipes en circulation;
- Responsabilités non délimitées parmi les différents intervenants.

Fauteuils inadaptes (pour le transport du matériel médical porté par l'utilisateur) :

- Fauteuils roulants qui ne sont pas adaptés au besoin du personnel et de la clientèle (manque de supports notamment);
- Plusieurs types de fauteuils en circulation, dont certains fauteuils spécialisés mal adaptés (ex. : banquettes);
- Connaissances du personnel en lien avec le déplacement sécuritaire est à géométrie variable.

Entretien inadéquat :

- Absence d'un programme d'entretien préventif : entretien et réparation faits au besoin, sans récurrence établie et sans historique de suivi;
- Aucune date de remplacement prévu pour les fauteuils;
- Aucun inventaire documenté de pièces de rechange;
- Processus de remise en service des fauteuils mal défini;
- Processus de déclaration des bris mal défini et mal connu;
- Fauteuils défectueux ou non conformes, voire parfois non sécuritaires, en circulation;
- Perte de temps pour la recherche des équipements défectueux;
- Charge de travail liée à l'entretien et à la réparation inconnue.

OBJECTIFS

- 1 Définir les besoins en fauteuils roulants pour chaque secteur et, par le fait même, pour l'établissement en entier.
- 2 Adapter, d'ici les 12 prochains mois, 100% de la flotte de fauteuils actuels aux besoins spécifiques de la clientèle pour un déplacement sécuritaire et standardiser la disposition du matériel sur le fauteuil roulant.
- 3 Mettre en place un programme d'entretien préventif annuel des fauteuils 2017 permettant l'entretien de 100% des fauteuils roulants selon un cycle de 12 mois.
- 4 Réparer 90% du temps les fauteuils roulants dans un délai maximal de 48 heures.

SOLUTIONS INNOVANTES

APPROCHE UTILISÉE : L'approche utilisée est celle du DMAIC, soit la succession suivante des phases de gestion de projet : définir, mesurer, analyser, innover, implanter et contrôler.

Une stratégie de gouvernance particulière a été mise de l'avant pour ce projet. L'équipe de la performance a sollicité la participation de 7 gestionnaires, certifiés LEAN, appartenant à différentes directions. Lors d'une rencontre initiale, ce groupe de travail s'est réparti la tâche. Deux gestionnaires ont été attirés à chacun des grands volets de ce projet (fauteuils inadaptes, disponibilité, entretien). Le gestionnaire de la direction de la performance est demeuré en soutien des trois sous-équipes. Cette formule innovante a été mise en place face à la disponibilité restreinte des gestionnaires pour la conduite d'un projet d'envergure.

RÉSULTATS



LEÇONS APPRIS

- ✓ La structure de gouvernance utilisée dans le cadre de ce projet fut un succès, mais une coordination forte d'un ou deux individus du groupe demeure essentielle pour la bonne réalisation des objectifs.
- ✓ Les solutions mises de l'avant sont novatrices et pourront être utilisées dans le cadre d'autres projets. La gestion du changement a cependant été un défi et il demeure primordial dans le contexte d'un projet de concentrer nos actions de communications et de soutien dans l'organisation, sans quoi l'arrimage entre les différents secteurs est plus difficile.

IMPACTS

- Disponibilité accrue des fauteuils roulants sur les unités de soins et pour la clientèle dans les principales entrées de l'établissement (entrée principale, entrée de l'urgence, stationnement intérieur).
- Élimination complète des plaintes de la clientèle en lien avec la disponibilité des fauteuils roulants.



Disponibilité des fauteuils roulants à l'entrée principale

Photos : Philippe Thériault, consultant en amélioration continue, MCFP-UL, Philippe Thériault, consultant en amélioration continue, MCFP-UL

COMPARAISON DES RATIOS D'ASSURANCE SALAIRE SUR QUATRE ANS

Le ratio d'assurance salaire cumulatif pour l'année en cours a atteint un taux de 6,27 % alors qu'il était à 5,38 % l'an dernier.

Dans le cadre des ententes de gestion, la cible de l'assurance salaire (5,36 %), déterminée par le MSSS pour l'année 2017-2018 n'a pas été atteinte. Le nombre de personnes qui s'absentent en raison d'une condition psychologique a augmenté de 2,79 % comparativement à l'année 2016-2017. La majorité de ces absences sont en lien avec des stressors de nature personnelle.

Comparaison des ratios d'assurance salaire sur 4 ans

Ratio assurance salaire	2017-2018	2016-2017	2015-2016	2014-2015
Institut	6,27 %	5,38 %	5,38 %	5,35 %
Provincial	7,42 %	6,94 %	5,92 %	6,09 %

Source: Tableau de bord sur les informations de gestion du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, mai 2018

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST)

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, 105 dossiers ont été acceptés par la CNESST comparativement à 95 en 2016. Le taux personnalisé de l'Institut demeure inférieur à celui de l'unité, ce qui indique une meilleure performance de l'Institut comparativement aux autres établissements du réseau. Le taux personnalisé de 2017 de l'Institut est à 1,03 \$ alors que le taux de l'unité est à 1,6 \$.

L'Institut poursuit l'implantation d'un système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST) débutée en 2009. Cette norme est un processus d'amélioration continue qui offre une certification volontaire menant à l'obtention d'une reconnaissance de la qualité de la gestion de la santé et de la sécurité du travail. Par cette démarche, l'Institut désire offrir un milieu sain et sécuritaire au personnel, favorisant ainsi une prestation sécuritaire des soins et des services. Notre taux de conformité s'élève à 70 %. Nous poursuivons nos efforts afin de respecter les exigences en vue d'obtenir cette certification.

SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (SMSST), NORME CSA Z-1000-15

Les activités réalisées au cours de la dernière année visaient principalement l'actualisation des matrices des risques, dont l'identification et l'évaluation des risques, ainsi que l'élaboration des plans d'action (mise en place de mesures correctives et préventives) dans différents secteurs d'activité. Les activités de formation se poursuivent en lien avec la prévention des troubles musculosquelettiques. Une formation concernant l'enquête et l'analyse d'évènement accidentel ainsi que de l'accompagnement ont été offerts aux gestionnaires afin d'assurer un suivi plus efficace des accidents reliés au travail.

Par ailleurs, en conformité avec son plan d'action SST, la Direction des services techniques s'est engagée dans la réalisation de plusieurs actions visant à fournir un milieu de travail sain et sécuritaire. Parmi celles-ci, mentionnons l'élaboration d'un programme de cadenassage complet.



M^{me} Louise Gagnon nutritionniste, M^{me} Renée St-Hilaire infirmière clinicienne, Dr Paul Poirier, cardiologue, M^{me} Sylvie Bussière, agente administrative et M. Jean-Philippe Leconte, kinésiologue

EFFECTIFS – RESSOURCES HUMAINES

<i>Effectifs de l'établissement au 31 mars 2018</i>		
	Cadres	Employés
Moins de 30 ans	4	678
30-39 ans	22	683
40-49 ans	28	474
50-54 ans	17	267
55 et plus	15	302
SOUS-TOTAL	86	2 404
TOTAL	2 490	

<i>Portrait des embauches/départs</i>	
Embauches	345
Départs à la retraite	53
Départs	273
Total (départs)	326

<i>Personnel d'encadrement</i>	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	77
Temps partiel	9
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0

<i>Employés réguliers</i>	
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 206
Temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 197
Sécurité d'emploi	1

<i>Employés occasionnels (inclut les statuts TCT et TPT)</i>	
Nombre d'heures par employé occasionnel	1 211 824,91
Équivalent temps complet	664



EFFECTIFS MÉDICAUX – MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

L'Institut a déposé au MSSS son portfolio organisationnel et a contribué à la cartographie des services surspécialisés du Réseau université intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL), travaux qui permettront de définir un plan des effectifs médicaux de l'Institut pour les différentes spécialités médicales, dont la médecine de famille, afin de répondre toujours mieux à la clientèle de nos missions de soins secondaires et tertiaires. Les dentistes et pharmaciens, qui ne font pas l'objet d'un plan d'effectifs précis, sont au cœur des services médicaux offerts à la clientèle de l'Institut. Au 31 mars 2018, les effectifs de l'Institut se déclinent comme suit.



Membres du conseil du CMDP : Dr Éric Dumont, M. Denis Boucharde, Dr François Aumond, M^{me} Marie-Claude Vézina, Dr Bruno Raby, M^{me} Julie Racicot, M. Sébastien Robert, Dr Sylvain Chouinard

Tableau des effectifs – médecins, dentistes et pharmaciens*

Les membres du CMDP de l'IUCPQ-UL se déclinent tel que ci-dessous en date du 31 mars 2018.

Département	Type de statut		
	Actifs	Associés	Total
Département d'anesthésie	18	0	18
Département multidisciplinaire de cardiologie	51	12	63
Département de chirurgie générale et bariatrique	7	1	8
Département de médecine générale	3	11	14
Département de médecine spécialisée	11	19	30
Département de médecine d'urgence	16	1	17
Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique	30	15	45
Département de pharmacie	26	4	30
Département de psychiatrie	2	0	2
Département d'imagerie médicale	10	8	18
Département des soins intensifs	2	4	6
Département des laboratoires de biologie médicale	14	16	30
Nombres de membres du CMDP de l'Institut	190	91	281

* Certains médecins sont membres actifs dans plus d'un département.

M. François-Pier Garant,
chef de service,
volet assistance technique
en pharmacie



AMÉLIORER LA GOUVERNANCE ET RÉDUIRE LA STRUCTURE D'ENCADREMENT DU RÉSEAU

L'établissement bénéficie d'un budget annuel total de 278 214 234 \$. Au cours de l'exercice financier 2017-2018, la partie du budget alloué pour les activités principales a été utilisé.

L'équilibre budgétaire

L'établissement présente au 31 mars 2018 un surplus de 318 250 \$ composé d'un surplus de 67 910 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 250 340 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Les contrats de services

Le tableau suivant dénombre les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars.

CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique.	25	2 184 987,00 \$

AXE - ORGANISATION EFFICIENTE

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMME-SERVICES

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	332 869 \$	0,14 %	406 426 \$	0,17 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	14 592 \$	0 %	92 014 \$	0 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	554 639 \$	0,24 %	502 106 \$	0,22 %
Santé mentale	188 126 \$	0,08 %	178 917 \$	0,07 %
Santé physique	181 540 246 \$	79,08 %	184 769 021 \$	79,53 %
Programmes soutien				
Administration	11 414 348 \$	4,97 %	11 757 496 \$	5,06 %
Soutien aux services	17 664 791 \$	7,69 %	17 193 791 \$	7,40 %
Gestion des bâtiments et des équipements	17 856 128 \$	7,78 %	17 428 584 \$	7,50 %
Total	229 565 739 \$		232 328 355 \$	

Pour plus d'information sur les ressources financières, le rapport financier annuel AS-471 peut être consulté à même le site Internet de l'établissement.



Bénévole en action

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
I	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Aucun élément signalé.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucun élément signalé						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Commentaires soulevés au sujet des produits reportés : voir 3 points ci-dessous à même le rapport à la gouvernance.						
Rapport à la gouvernance						
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux frais indirects de recherche	2014	O	La direction mettra en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.			X
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux fonds de partenariat	2014	O	La direction mettra en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.			X
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs à l'enseignement universitaire - Centre du savoir	2016	O	La direction mettra en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.			X
Écritures de journal ne sont pas	2016	O	En 2018-2019, une vérification			X
révisées ni approuvées par le supérieur immédiat ou une autre personne.			périodique des écritures de journal sera effectuée sur base d'échantillonnage.			
Certains éléments des obligations contractuelles auraient dû avoir un solde nul en fin d'exercice.	2017	O	L'établissement a effectué un suivi rigoureux en 2017-2018 et aucun écart observé en 2017-2018.	X		
Lacunes observées concernant l'imputation des charges par projet de recherche.	2018	O	L'établissement effectuera un suivi plus rigoureux d'attribution des charges et sensibilisera les équipes concernées au cours de l'exercice 2018-2019.			X

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	PR 6	NR 7
Restreindre la gestion des accès au personnel affecté à la sécurité TI.	2015	O	L'établissement est d'avis que la gestion des accès aux applications revient au pilote de système (politique DSM-024).			X
L'application Virtuo Paie ne force pas la modification périodique du mot de passe.	2015	O	L'application ne le permet pas et ceci se réglera avec l'implantation des systèmes unifiés.			X
L'application Virtuo Paie ne requiert pas la sélection d'un mot de passe complexe.	2015	O	L'application ne le permet pas et ceci se réglera avec l'implantation des systèmes unifiés.			X
L'application Virtuo Paie ne verrouille pas automatiquement un compte après un nombre raisonnable de tentatives d'accès infructueuses.	2015	O	L'application ne le permet pas et ceci se réglera avec l'implantation des systèmes unifiés.			X
Il n'y a pas de révision périodique des profils des utilisateurs pour Virtuo Paie.	2015	O	Le travail de révision a débuté en 2017 et sera finalisé sous peu. L'établissement implante également en juin 2018 la désactivation automatique de tous les comptes de domaine inutilisés pendant une période de 90 jours.		X	
Il n'y a pas d'approche structurée pour la surveillance et révision des journaux.	2015	O	Tout est journalisé. Les journaux sont disponibles, mais révisés au besoin ou suite à un événement particulier.		X	
Aucun plan de relève n'a été rédigé pour assurer la continuité des opérations au niveau des applications financières.	2015	O	Le mécanisme de relève par virtualisation multisites et récupération de copies de sécurité a été décrit, démontré et testé en 2017. La documentation de ce processus reste à produire.		X	

SIGNIFICATION DES CODES :

Colonne 3

« Nature » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

Colonne 5, 6 et 7

« État de la problématique » :

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

GOUVERNANCE ET ENCADREMENT

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

I3623616 - Inst. univ. cardio. et pneumo. de Québec		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	171 547	0	171 547	93	105
	2015-16	149 947	20	149 967	82	102
	2016-17	147 703	1	147 703	80	90
	2017-18	141 608	1	141 609	77	96
	Variation	(17,5 %)		(17,5 %)	(17,3 %)	(8,6 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	264 164	1 208	265 372	144	189
	2015-16	255 583	1 196	256 779	139	196
	2016-17	217 920	1 611	219 531	118	164
	2017-18	221 478	1 590	223 068	120	170
	Variation	(16,2 %)	31,7 %	(15,9 %)	(16,7 %)	(10,1 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 531 080	30 911	1 561 991	808	1 091
	2015-16	1 483 773	39 831	1 523 604	783	1 011
	2016-17	1 482 706	50 399	1 533 106	782	1 033
	2017-18	1 496 936	47 659	1 544 596	790	1 047
	Variation	(2,2 %)	54,2 %	(1,1 %)	(2,2 %)	(4,0 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	1 641 378	34 521	1 675 899	905	1 292
	2015-16	1 630 415	39 086	1 669 501	900	1 307
	2016-17	1 632 141	45 721	1 677 862	900	1 294
	2017-18	1 497 180	43 636	1 540 816	824	1 218
	Variation	(8,8 %)	26,4 %	(8,1 %)	(9,0 %)	(5,7 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	353 090	2 048	355 137	180	350
	2015-16	348 422	1 816	350 238	177	327
	2016-17	352 956	2 457	355 412	179	313
	2017-18	360 746	2 776	363 522	183	327
	Variation	2,2 %	35,6 %	2,4 %	2,1 %	(6,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 455	13	10 468	6	28
	2015-16	8 171	4	8 174	5	23
	2016-17	7 744	7	7 751	4	24
	2017-18	8 441	2	8 443	5	25
	Variation	(19,3 %)	(88,2 %)	(19,3 %)	(20,0 %)	(10,7 %)
Total du personnel	2014-15	3 971 714	68 700	4 040 414	2 136	2 915
	2015-16	3 876 310	81 952	3 958 263	2 084	2 819
	2016-17	3 841 169	100 196	3 941 365	2 065	2 798
	2017-18	3 726 389	95 665	3 822 054	1 999	2 756
	Variation	(6,2 %)	39,2 %	(5,4 %)	(6,4 %)	(5,5 %)

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. Or, la cible qui nous a été allouée par le MSSS a été respectée, soit la réduction des heures rémunérées de 1 %. Nos variations indiquent une réduction de 5,4 % pour le total d'heures rémunérées.

FAVORISER LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

EFFET-RH



Pour une quatrième année consécutive, sous la coordination de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, plusieurs directions ont uni leurs efforts pour offrir un programme audacieux et actuel de développement des compétences aux gestionnaires de l'établissement. Sous le thème de « L'EFFET-RH », onze formations, dont sept nouvelles, ont été offertes et ont permis au personnel d'encadrement de parfaire ses compétences en matière de gestion et d'être sensibilisé aux nouveaux enjeux, notamment l'avènement des réseaux sociaux. Parmi les autres formations offertes, notons celles sur la confidentialité du dossier de l'utilisateur, le *benchmarking*, le cheminement d'un projet d'immobilisation.

SYSTÈME DE GESTION RENOUVELÉ

Dans cadre du renouvellement de son système de gestion, l'Institut a poursuivi en 2017-2018 les travaux d'envergure initiés à l'été 2015. Le nouveau système de gestion s'appuie sur cinq principaux leviers, dont l'agenda standardisé, la salle de pilotage, l'animation de caucus à tous les niveaux de l'organisation, la pratique du gamba ainsi que l'évolution des compétences de gestion. Concernant ce dernier levier, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, en partenariat avec des chercheurs de l'Université Laval, a réalisé une évaluation complète des compétences de gestion de ses gestionnaires. Une évaluation de type 360° a également été réalisée, résultant en un carnet de compétences pour chaque gestionnaire, comprenant notamment le portrait des compétences de gestion, le style de leadership et les pratiques de gestion et d'amélioration continue. Afin de développer les compétences ciblées, les gestionnaires peuvent profiter du programme de formation mis en place (l'EFFET-RH) ainsi qu'une bibliothèque virtuelle mise à leur disposition. Également, deux vastes activités de réflexion visant à identifier les comportements concrets recherchés dans le cadre de la nouvelle philosophie de gestion se sont tenues au cours de l'année. Ces activités avaient pour thèmes la gestion de proximité et la délégation/responsabilisation.

TRAVAUX D'AGRANDISSEMENT DE L'ENTRÉE PRINCIPALE
UN PROJET DE CONSTRUCTION MAJEUR, ORCHESTRÉ DE FAÇON EXCEPTIONNELLE, A PERMIS DE DOTER L'INSTITUT D'UNE ENTRÉE ACCESSIBLE, MODERNE ET SÉCURITAIRE

OPÉRATION BONS COUPS

Par son travail professionnel, son engagement et sa créativité, Marc-André Bédard, conseiller en bâtiment et chargé de projet, a réussi à faire de ce projet de construction un franc succès. Cette réussite est aussi due à la très bonne collaboration du personnel de la Direction des services techniques, des services cliniques touchés et de la Fondation. En plus de permettre l'accessibilité universelle par l'ajout d'un ascenseur et de portes automatisées, ainsi que par la centralisation en un lieu des entrées et des départs des patients, les travaux auront aussi permis :

- de rendre confortables et sécuritaires les espaces de circulation et d'attente
- de remplacer et mettre aux normes les entrées d'eau potable et les conduites d'égouts situées directement sous l'entrée principale, et ce, sans interrompre les services
- d'améliorer la visibilité de l'entrée principale et son image globale
- de minimiser l'impact d'art en permettant de faire un bon dynamisme avec les écrans et ainsi de faire rayonner la générosité des donateurs à la Fondation
- de mieux diriger les visiteurs grâce à une signalisation efficace

Merci à tous les membres du personnel qui ont fait preuve de compréhension et qui ont su s'adapter tout au long des travaux!

Témoignage de l'auteur de bons coups! Ne soyez pas les seuls à en profiter! Partagez-le! Envoyez-nous à l'adresse suivante : BonsCoups@ass.gouv.qc.ca Ou visitez l'intranet dans la section Institut/Bons coups.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

Entreprise en santé

DES SOLUTIONS QUI AMÉLIORENT L'ACCESSIBILITÉ SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS AUX USAGERS
LE DÉPARTEMENT DE PHARMACIE OPTIMISE SON PROCESSUS DE DISTRIBUTION

LEAN

OPÉRATION BONS COUPS

Le département de pharmacie valide plus de 725 000 ordonnances annuellement. La révision du processus de circuit du médicament par les employés aura permis :

- l'amélioration de plus de 30% du délai moyen de validation des ordonnances
- DÉLAIS MOYENS DE VALIDATION :
 - ▶ STAT : 15 MINUTES (AMÉLIORATION DE 9 MINUTES)
 - ▶ COURT DÉLAI : 15 MINUTES (NOUVELLE PRIORITÉ CRÉÉE POUR ÉVITER LES FAUX STAT)
 - ▶ PRIORITAIRE : 20 MINUTES (AMÉLIORATION DE 9 MINUTES)
 - ▶ RÉGULIÈRE : 41 MINUTES (AMÉLIORATION DE 30 MINUTES)
- l'amélioration de 34% du pourcentage de délai attendu de validation des ordonnances
- la diminution de 44% des ordonnances numérotées en STAT par les unités de soins, ce qui améliore nettement la prise en charge des vraies urgences
- l'amélioration significative du climat de travail
- l'implémentation d'une culture d'amélioration continue et de mesure de la performance

UN DÉPARTEMENT DE PHARMACIE PLUS PERFORMANT ET STIMULANT GRÂCE AUX IDÉES DE TOUS! BRAVO!

Témoignage de l'auteur de bons coups! Ne soyez pas les seuls à en profiter! Partagez-le! Envoyez-nous à l'adresse suivante : BonsCoups@ass.gouv.qc.ca Ou visitez l'intranet dans la section Institut/Bons coups.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

Entreprise en santé



Équipe Lean des Archives médicales

PROJETS LEAN RÉALISÉS ET EN COURS DE RÉALISATION

SERVICES/SECTEURS	NOM DU PROJET
Recherche universitaire	Optimisation du processus des renouvellements de contrats
Secteurs cliniques	Processus d'utilisation de matériel de soins à usage unique
Audiovisuel	Optimisation du processus de gestion des demandes au Service de l'audiovisuel
Accueil et admission	Optimisation de la saisie des différentes responsabilités de paiement des usagers (perception des revenus)
Laboratoire de biochimie	Processus de planification de la production (3P) pour la réfection du laboratoire de biochimie
Logistique hospitalière	Optimisation de la gestion des chaises roulantes (entretien et disponibilité)
Urgence et unités de soins	Optimisation de la fluidité des activités de transfert des patients en provenance de l'urgence vers les unités de soins
Ressources humaines	Optimisation du processus d'affectation des infirmières (liste de rappel)
Recherche universitaire	Processus de planification de la production (3P) pour l'agrandissement du Centre de recherche (secteur animalerie)
Soins infirmiers	Révision des activités infirmières selon leur champ de pratique
Recherche universitaire	Prévisions financières des projets contractuels de recherche
Logistique hospitalière	Optimisation des transports externes
Soins infirmiers	Optimisation du processus d'acquisition des fournitures médicales
Soins infirmiers	Optimisation de l'espace patient et de la ségrégation des déchets au 3 ^e Soins intensifs
Soins infirmiers	Coordonner et standardiser la trajectoire d'oncologie thoracique chez l'usager atteint de cancer
Direction générale	Gemba des membres du caucus CD
Stérilisation	Réaménagement des espaces à l'URDM
Laboratoire de microbiologie	Optimisation de l'aménagement du poste d'ensemencement en microbiologie



RÉNOVATION MAJEURE DU POSTE DE LA MÉDECINE CARDIAQUE AU 4^E ÉTAGE DU PAVILLON C

Jadis, le quatrième étage du pavillon C accueillait deux unités de soins distinctes et autonomes. Le projet de rénovation a inclu, entre autres, le regroupement de trois postes d'infirmières en un seul, la mise aux normes des utilités propres, souillées et d'une des deux cuisinettes ainsi que la création de deux salles d'enseignement ou de rencontres directement sur l'unité de soins en plus de procurer un endroit pour les étudiants en soins infirmiers. Des espaces de rangement, munis du système de classement inspiré du concept Lean, ont été mis en place.

Les objectifs étaient :

- de fusionner deux équipes de travail;
- d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel;
- de bénéficier d'un environnement ergonomique;
- d'offrir un milieu plus silencieux aux usagers;
- de répondre aux normes de prévention des infections.

Dorénavant, le personnel a un endroit isolé afin de préparer des médicaments à haut risque pour diminuer les erreurs de distribution. De plus, une station de transport par tube pneumatique a été installée, permettant ainsi la circulation de médicaments et des prélèvements. Ce système est relié à la pharmacie et aux laboratoires de l'Institut. Finalement, les travaux se sont déroulés en plusieurs phases, s'échelonnant de juin à décembre 2017. Tout au long du chantier, les soins aux patients ont été assurés. À chaque phase, des aménagements temporaires ont été faits afin que les équipes soignantes puissent octroyer les soins aux patients.



ENTENTE DE GESTION

CHAPITRE III - ATTENTES SPÉCIFIQUES

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
2.2	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 ».	Réalisé	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)				
3.7	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.	Réalisé	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
4.5	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.	Réalisé	
4.6	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	Réalisé	

SUITE - ENTENTE DE GESTION

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)				
6.1	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.	Réalisé	
6.2	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.	Réalisé	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
7.1	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé	
7.3	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.	Réalisé	
7.4	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le C. A. de l'établissement. Exceptionnellement, une résolution du C. A. de l'établissement confirmant la création du comité régional doit être transmise par courriel au MSSS.		Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.

SUITE - ENTENTE DE GESTION

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
7.5	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel au MSSS.		Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
7.6	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.	Réalisé	



Séance d'un caucus Lean du comité de direction

SUITE - ENTENTE DE GESTION

CHAPITRE IV - ENGAGEMENTS ANNUELS

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires
PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE				
I.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	12.35	11.5	La cible est atteinte à près de 97 %. L'Institut affiche des taux d'occupation importants de ses lits dans un contexte d'intensification de sa production chirurgicale dans les derniers 24 mois, tant en chirurgie cardiaque qu'en chirurgie thoracique. Dans ce contexte, une priorité organisationnelle et un plan d'action structuré ont été mis en place (incluant un projet <i>LEAN</i>) pour réduire les délais d'accès aux lits sur les étages d'hospitalisation, compte tenu que l'analyse poussée de nos données dénote des délais importants entre le moment de l'octroi d'un lit à un usager à l'urgence et le moment de son admission à l'unité de soins. Par rapport à l'année 2016-2017, nous avons observé le fruit de ces travaux avec une réduction de la DMS de près d'une heure, et cela, dans un contexte de débordement hospitalier dû à une activité grippale particulièrement élevée entre janvier et mars 2018. Notre plan d'action organisationnel a permis une meilleure fluidité des usagers dans les différentes trajectoires au sein de notre établissement.
I.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80	66.9	80	La cible est atteinte à 83 %. Nous avons donc maintenu notre performance observée dans les dernières années. Les effectifs médicaux ne permettent actuellement pas de mettre en tout temps le jour et le soir un deuxième médecin à l'urgence majeure, amenant des délais significatifs lors de périodes de pointe ou lors d'épisodes de réanimation prolongée. Les initiatives en cours dans le plan détaillé de l'urgence vont permettre une transformation des pratiques en cours. À cet effet, une archiviste médicale sera dédiée pour la validité des données à partir de 2018-2019.
I.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	75	56.9	80	La cible est atteinte à 76 %. Un plan d'action est élaboré et devait être mis en action, mais il a été retardé pour prioriser les actions visant à atteindre rapidement les cibles de zéro 24 heures, DMS de 12 heures et de moins de 100 % d'occupation. Nos résultats quant au nombre de 24 heures sont éloquentes et démontrent une réduction significative.

SUITE - ENTENTE DE GESTION

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires
SERVICES SPÉCIALISÉS				
I.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	20	0	Nous avons procédé, au cours des deux dernières années, à l'évaluation du cheminement de la demande chirurgicale et avons également révisé le processus de planification chirurgicale. Le cheminement d'un usager vers la chirurgie bariatrique est complexe et l'usager est inscrit en liste d'attente dès qu'il voit le chirurgien, alors que les mesures non chirurgicales de contrôle des comorbidités et les différentes évaluations clinico-psycho-sociales ne sont pas complétées, le rendant non médicalement prêt à subir la chirurgie. En 2018-19, l'inscription sur la liste d'attente se fera lorsque le chirurgien et l'équipe de médecine et chirurgie bariatrique considéreront l'usager candidat à la chirurgie.
I.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100	100	100	La cible est atteinte.
I.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	100	49.6	95	Dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité et de réduction des délais, un processus d'épuration des demandes en attente a été réalisé au cours de l'année 2017-2018 pour ce secteur d'activité. Cette démarche a eu pour effet de générer un mouvement important des données statistiques qui étaient à l'origine, compilées dans la catégorie contrôle vers celle des examens électifs en attente. Conséquemment, une baisse de 45 % de notre performance est maintenant perceptible pour cet indicateur. Prendre note que de nouvelles mesures d'optimisation concernant l'organisation et le flux du travail de même que l'implantation de la pratique autonome sont en cours et font l'objet d'une priorité organisationnelle.
I.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	La cible est atteinte.
I.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	La cible est atteinte.

SUITE - ENTENTE DE GESTION

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires
I.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90	86.1	100	Actuellement, le secteur de la TEP dispose d'un seul appareil et assure la disponibilité de ses plateaux techniques trois jours par semaine pour la réalisation des examens d'oncologie, de neurologie et d'infection/inflammation. De plus, deux jours par semaine sont également consacrés à la cardiologie par la réalisation d'examens de perfusion myocardique au Rubidium 82. Afin de répondre à la demande sans cesse croissante et d'être en mesure de respecter les délais d'investigation en oncologie ciblés dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, le service de médecine nucléaire souhaite améliorer l'accessibilité en révisant à la hausse l'offre de service existante grâce à l'optimisation des processus et aux opportunités liées à l'évolution technologique présente dans ce secteur d'activité. À cet égard, une demande est actuellement en cours auprès des instances ministérielles.
I.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)	90	46	90	Actuellement, le secteur de la TEP dispose d'un seul appareil et assure la disponibilité de ses plateaux techniques trois jours par semaine pour la réalisation des examens d'oncologie, de neurologie et d'infection/inflammation. De plus, deux jours par semaine sont également consacrés à la cardiologie par la réalisation d'examen de perfusion myocardique au Rubidium 82. Afin de répondre à la demande sans cesse croissante et d'être en mesure de respecter les délais d'investigation en oncologie ciblés dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, le service de médecine nucléaire souhaite améliorer l'accessibilité en révisant à la hausse l'offre de service existante grâce à l'optimisation des processus et aux opportunités liées à l'évolution technologique présente dans ce secteur d'activité. À cet égard, une demande est actuellement en cours auprès des instances ministérielles.
I.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90	85.1	90	Bien qu'étant au cumulatif global à 85,1 %, le pourcentage de patients opérés en 28 jours a été corrigé et maintenu au-dessus de 90 % à partir de septembre 2017. De plus, nous avons effectué des travaux concernant la planification chirurgicale en étroite collaboration avec l'équipe médicale en chirurgie thoracique. Près de 99,4 % des usagers présentant un cancer sont d'ailleurs traités à l'intérieur d'un délai de 56 jours au cumulatif de la P13. Sur une base périodique, le nombre de patients hors délai est d'environ de 4 à 5 patients. Dans le contexte de ressources financières et matérielles limitées avec un seul appareil pour conjuguer la TEP oncologique et la TEP cardiaque, des travaux ont été réalisés cette année afin d'améliorer l'accès à cet examen incontournable pour la prise en charge en oncologie thoracique. Notre salle de pilotage permet d'assurer une gestion proactive de l'évolution de l'accès aux services en chirurgie thoracique, notamment lorsque deux délais restent à être améliorés, soit celui entre la suspicion de cancer du poumon et la référence en spécialité et celui de l'obtention de l'examen de tomographie par émission de positrons. Malgré des efforts soutenus, l'atteinte de la cible demeurera un défi en 2017-2018 en raison de l'accès limité aux plateaux techniques et au temps opératoire alloué. Cependant, la chirurgie oncologique restera une priorité clé pour l'organisation en 2018-2019.

SUITE - ENTENTE DE GESTION

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires
SÉCURITÉ ET PERTINENCE				
I.01.I9.01-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	La cible est atteinte.
I.01.I9.02-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	La cible est atteinte.
I.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	63	75	L'augmentation du taux d'HDM panhospitalier est passée de 19 % à 44 % en 2016-2017 et à 63 % en 2017-2018. Des audits structurés sur l'HDM, réalisés par l'équipe de la PCI, ont été faits 6 fois/année. Chaque unité de soins a mis sur pied des stratégies d'amélioration continue afin d'augmenter le taux d'HDM au moment 1 et 4 sur leur unité de soins spécifique. Par ailleurs, 7 unités de soins ont atteint la cible d'HDM de 70 % au moment 4. De plus, un programme de rétroaction continue de l'HDM avec une infirmière dédiée a eu lieu à 6 reprises.
PERSONNES VULNÉRABLES				
I.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	5	5	5	La cible est atteinte.
MOBILISATION DU PERSONNEL				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5.36	6.27	5.36	Le ratio cumulatif à la P13 est de 6,27 %, comparativement à 5,38 % l'an dernier à la même période. Selon l'analyse des différentes pathologies, on constate notamment une augmentation des personnes qui s'absentent en lien avec des troubles d'adaptation et troubles anxieux (↑ de 2,79 % comparativement à l'année 2016-2017). La majorité de ces absences sont en lien avec des stressors de nature personnelle ou une condition personnelle. Le nombre de travailleurs en absence suite à un cancer demeure élevé. Un suivi rigoureux des dossiers est assuré par le service de santé afin de soutenir les personnes durant leur absence et favoriser leur retour au travail. Également, des actions sont en place pour améliorer la gestion de la présence au travail. Au cours de la prochaine année, d'autres actions seront mises en place pour promouvoir et faciliter davantage la réintégration au travail et favoriser un maintien durable au travail.

SUITE - ENTENTE DE GESTION

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2.75	3.54	2.75	Malgré la non-atteinte de la cible, les résultats atteints constituent un tour de force pour nos équipes de gestion dans un contexte de non recours à de la main-d'œuvre indépendante au sein de l'établissement (à l'exception des agents de sécurité). À cet égard, l'augmentation du volume des activités en chirurgie cardiaque a généré des heures supplémentaires pour le personnel infirmier au bloc opératoire et sur la trajectoire de chirurgie cardiaque. Cette même situation est observée chez les préposés aux bénéficiaires. De plus, la période grippale ayant été active entre janvier et mars 2018 a requis l'ouverture de lits de surcapacité qui ont eu un impact sur les heures supplémentaires. Un recrutement intensif et une mise à jour des plans d'effectifs vont permettre de réduire les écarts observés dans différents secteurs de l'organisation.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.81	0.75	0.83	La cible est atteinte.
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	La cible est atteinte.
SANTÉ PHYSIQUE - CANCÉROLOGIE				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100	99.4	100	99,4 % des usagers présentant un cancer sont d'ailleurs traités à l'intérieur d'un délai de 56 jours au cumulatif de la PI3, ce qui correspond à 524 usagers qui ont été opérés en moins de 56 jours. Nous sommes confiants d'atteindre les cibles ministérielles d'accès à la chirurgie oncologique en 2018-2019.
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	75	La cible est atteinte.

Légende :



Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %

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

Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

IMPLANter LES MEILLEURES PRATIQUES SELON LE FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

Le Gouvernement du Québec s'est engagé dans une réforme importante visant à assurer des soins efficaces axés sur les patients. En introduisant la méthode du financement axé sur le patient, il a pour objectif de remplacer le financement de type historique présentement en vigueur dans le système de santé. L'Institut siège au comité consultatif provincial visant au développement des modèles et des modalités du financement à l'activité et axé sur la patient. Ce positionnement confère à l'établissement un rôle de premier plan et d'influence dans le cadre de cette transformation.

BANC D'ESSAI ET PREMIER ÉTABLISSEMENT DÉPLOYÉ AU NIVEAU PROVINCIAL POUR LA SOLUTION NATIONALE DE COÛT PAR PARCOURS DE SOINS ET DE SERVICES (NOMINATION DE L'INSTITUT COMME ÉTABLISSEMENT ASSOCIÉ AU CDO CPSS)

Dans le cadre de l'octroi du système national de reconstruction des coûts par parcours de soins et de services (CPSS), l'Institut a été le site retenu par le MSSS pour un banc d'essai intensif de six semaines réalisé en mars et avril 2017, ayant mené à l'octroi du contrat à la firme Power Health Solutions (PHS). Suite à ces travaux et grâce à l'expertise déjà en place, l'établissement s'est vu décerné par le MSSS le titre d'établissement associé au Centre de développement et d'opérationnalisation (CDO) qui sera géré par le CHUM. L'Institut a d'ailleurs été l'un des deux sites pilotes pour le déploiement complet et il agit ainsi comme chef de file provincial en la matière.

FAVORISER LE PARTAGE DE L'INFORMATION CONCERNANT LES USAGERS ENTRE LES PROFESSIONNELS

IMPLANTATION DU MODULE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'Institut désire se doter de formulaires de données cliniques intégrés à Cristal-Net pour le suivi de la trajectoire bariatrique postopératoire. Ce regroupement de formulaires remplace la base de données utilisée par l'équipe de suivi et informatise certains formulaires jusqu'alors utilisés en format papier uniquement.

TRAÇABILITÉ DES CHIRURGIES AU MOYEN DE L'APPLICATION OPÉRA

L'Institut, par l'entremise du coordonnateur de la gestion des lits et de la planification chirurgicale, a procédé à l'implantation d'un module préopératoire du logiciel Opéra. Cet outil permet une gestion plus efficace et efficiente des listes d'attente. Il permet le transfert des données des différents outils cliniques utilisés afin de suivre en temps réel les différentes étapes préopératoires. Il est implanté dans l'ensemble des cliniques ambulatoires qui offrent des services préopératoires. Son implantation a été le fruit de la collaboration de plusieurs secteurs cliniques et s'est manifesté par un succès qui améliorera davantage l'atteinte des cibles d'accès aux chirurgies bariatrique, cardiaque et thoracique.

Particularités de ce système :

- Il permet l'interface entre les étapes préopératoires, per-opératoires et postopératoires dans la trajectoire de l'utilisateur au sein de la base de données Opéra et il rend possible l'extraction de données.
- Il facilite la préparation de l'utilisateur afin d'éviter l'annulation en cas de manque d'examen, incluant la date de péremption des examens.
- Il offre une accessibilité pour le responsable de la planification chirurgicale et la date cible pour la chirurgie (moteur de recherche facile d'utilisation incluant les alertes visuelles afin d'éviter les hors délais).

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le comité sur le développement durable a débuté ses rencontres le 29 septembre 2017. Par le travail de ce comité, l'Institut souhaite se doter d'un plan d'action ainsi que d'une approche visant à promouvoir le développement durable, tout en tenant compte des ressources dont il dispose. Le comité est formé de personnes enthousiastes représentant l'ensemble des directions. Jusqu'à présent, les membres se sont appropriés du sujet, ils ont émis un diagnostic des pratiques actuelles et ils finalisent actuellement l'élaboration d'un projet de politique relative au développement durable. Après l'écriture de cette dernière, le comité va émettre un plan d'action qui doit être déposé à la fin de ce printemps.



Journée nationale de l'arbre, 27 septembre 2017

DEUXIÈME ÉDITION DU SYMPOSIUM DE CHIRURGIE BARIATRIQUE À L'INSTITUT

Le deuxième symposium de chirurgie bariatrique à l'Institut, « Mieux comprendre pour mieux soigner... », s'est déroulé le 6 octobre 2017. Lors de cette journée, 130 professionnels distincts du réseau de la santé du Québec ont bénéficié de treize présentations offertes par différents professionnels experts en obésité à l'Institut. Cette deuxième édition a été un franc succès. Mentionnons la présence en visioconférence de plus de onze établissements de plusieurs régions (Baie-Comeau, Lanaudière, Val-d'Or, Chicoutimi, Îles-de-la-Madeleine, Outaouais, Rimouski, Mashteuiatsh, Montréal, Moncton et Montmagny). Cette journée a contribué au transfert des connaissances de nos partenaires. Afin de répondre aux besoins du réseau, le symposium se tiendra aux deux ans.

ALLIANCE SANTÉ QUÉBEC (AsQ)

Cette dernière année fut marquée par le démarrage de la phase de conception de PULSAR, la plateforme collaborative de recherche et d'intervention en santé durable, ainsi que par une intensification des activités de communication organisées pour échanger, tant avec la communauté de recherche et d'innovation qu'avec le grand public. Toutes les activités organisées ou promues par l'Alliance santé Québec peuvent être consultées sur leur site Internet.

MISSION HUMANITAIRE À DAKAR AU SÉNÉGAL

Six membres de l'équipe de chirurgie cardiaque de l'Institut, sous le leadership du chef du Service de chirurgie cardiaque, le Dr François Dagenais, ont effectué une mission humanitaire du 19 février au 4 mars 2017 au centre cardiopédiatrique de l'hôpital de Fann à Dakar, au Sénégal. Ce centre, qui a vu le jour à la fin de janvier 2017, est parrainé par la Chaîne de l'Espoir. Cet organisme français subventionne et coordonne, depuis la fin des années 80, le développement de centres de chirurgie cardiaque dans les pays en développement. L'objectif de la Chaîne est de former les équipes locales au moyen de missions d'équipes expertes avec le but ultime que l'institution soit éventuellement autosuffisante avec l'équipe locale. Il s'agissait d'une première mission nord-américaine avec la Chaîne de l'Espoir. L'équipe de l'Institut a su mettre au profit de l'équipe locale son expertise en chirurgie valvulaire, la perfusion, l'instrumentation au bloc opératoire et le suivi aux soins intensifs.

DEUXIÈME BIENNALE DE L'ESPACE FRANCOPHONE EN PNEUMOLOGIE

Près de 1 000 professionnels de la santé respiratoire de plus de 25 pays francophones se sont rassemblés au Centre des congrès de Québec du 12 au 14 octobre 2017 à l'occasion de la deuxième biennale de l'Espace francophone en pneumologie. Sous le thème « Une médecine personnalisée », l'évènement a attiré des pneumologues, des chercheurs et des professionnels de la santé, dont plusieurs sont venus présenter leurs plus récents résultats de recherche pour améliorer la santé des patients atteints de maladies pulmonaires.

Les coprésidents d'honneur étaient le Dr Louis-Philippe Boulet, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, pneumologue et chercheur à l'Institut, et son homologue français, le Dr Bernard Pigearias, le pneumologue et allergologue. Trois sujets ont eu une grande portée parmi les conférences présentées, soit les recherches cliniques, les sciences fondamentales et l'éducation aux professionnels de la santé.

Cette rencontre internationale était le fruit d'une collaboration entre plusieurs organismes et associations, dont le Réseau en santé respiratoire du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), l'Association des pneumologues de la province du Québec, le Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire, l'Association pulmonaire du Québec, l'Espace francophone en pneumologie, les Journées de recherche respiratoire, la Société de pneumologie de langue française et de nombreuses autres associations médicales qui ont la langue française en partage. La Faculté de médecine était l'hôte de l'évènement orchestré par l'équipe du Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu en collaboration avec le Réseau en santé respiratoire du FRQS.

3^E ÉDITION DU CONGRÈS DE CHIRURGIE THORACIQUE DE QUÉBEC

Sous le leadership de la D^{re} Paula Ugalde, l'Institut a été l'hôte de la troisième édition du Congrès de chirurgie thoracique de Québec, du 28 août au 1^{er} septembre 2017. Plus de 100 chirurgiens provenant de dix pays, dont le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Espagne et le Portugal, ont pu échanger sur les nouvelles pratiques médicales pour le traitement du cancer du poumon. Ils ont pu bénéficier notamment de la présentation, à l'Institut, d'une nouvelle approche dans la prise en charge des patients atteints du cancer du poumon détecté à un stade précoce. En plus des conférences, discussions et études de cas,

ils ont pu assister en direct à différentes procédures d'avant-garde réalisées dans notre institut, ce qui témoigne de notre renommée internationale et affirme notre leadership dans ce domaine. Par exemple, depuis 2014, l'Institut a réalisé plus de 400 chirurgies utilisant une technique minimalement invasive, avant-gardiste, ne nécessitant qu'une petite incision, diminuant ainsi l'inconfort de même que les risques de complications.

IMPLANTATION DE GESPHARX-LITE : GESTION DU COUMADIN

Ce projet consistait à consolider les systèmes de la pharmacie dans le cadre de la migration des serveurs Windows 2003 vers Windows 2012. Plus spécifiquement, le projet visait à obtenir une interface avec l'ADT et les résultats de laboratoires, ainsi que d'émettre des télécopies des calculs INR facilement. Une étude de coûts a été menée et il a été convenu de remplacer l'ancien logiciel Sui-Vie Posologic par celui de CGSI (Gespharx-Lite) répondant aux besoins de la cliente.

MISE À JOUR DU SYSTÈME DES LABORATOIRES

L'année 2017-2018 a été une année de grands changements, quasi historique, pour les laboratoires situés à l'Institut. Depuis le 1^{er} avril 2017, tous les laboratoires de la région sont regroupés sous la gestion administrative du CHU de Québec. La première étape de ce projet a permis de procéder à l'intégration du personnel des laboratoires de l'Institut à celui du CHU de Québec et d'y transférer les budgets appropriés. Le 26 août 2017 est un jour marquant pour le dossier OPTILAB dans la Capitale-Nationale. En plus des transferts d'analyses vers le centre serveur, le système informatique des laboratoires, TD Synergy, est mis en place à l'Institut, créant ainsi une plateforme informatique unique pour les résultats de laboratoire dans toute la région. La mobilisation et le dévouement du personnel ont été les clés du succès de la planification et de l'implantation de ces changements.

NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT



M. Jacques Cadorette, technicien en audiovisuel

La notoriété d'une organisation et son rayonnement dans l'espace public passent, entre autres, par une image corporative forte. L'établissement doit se distinguer en faisant valoir ses spécificités ainsi que la compétence de son personnel, de ses médecins et de ses chercheurs pour rehausser son rayonnement.

Grâce à la notoriété acquise au cours des cent dernières années, à ses services ultraspecialisés et à son caractère suprarégional, l'Institut est un centre hospitalier d'envergure, reconnu non seulement au Québec mais aussi sur la scène nationale et internationale. C'est un établissement de santé bien implanté dans la communauté sociale et économique de sa région. Bien que sa réputation ne soit plus à faire, il est primordial de maintenir son image de marque, d'abord par souci de transparence en faisant connaître à la population l'expertise et le savoir de haut niveau qui s'y trouvent, et mais également pour élargir ses horizons. Ce souci de parfaire son image est primordial puisqu'il permet d'accroître sa visibilité et sa crédibilité auprès de ses clients, de ses partenaires et de ses subventionnaires.

ACTIVITÉS MÉDIATIQUES

Dans cette optique, les activités médiatiques augmentent le rayonnement de l'organisation et de sa grande expertise, reflétant également son souci d'être au service de la communauté. Grâce aux médias sociaux, l'Institut est plus que jamais un centre attractif pour de nouvelles recrues et stimulant pour son personnel. Afin de démontrer, le leadership et les pratiques médicales novatrices exercés par notre institut, plusieurs activités médiatiques ont été organisées en cours d'année. En voici quelques-unes.

- Les chercheurs de l'Institut identifient un nouveau gène associé au rétrécissement valvulaire aortique
- Première médicale canadienne : un 10^e cas de remplacement tricuspide percutané au monde réalisé à l'Institut
- Première médicale canadienne : L'Institut utilise une nouvelle valve aortique révolutionnaire
- Québec-Dallas : Nouvelle étude sur la prédiction du risque de maladie cardiaque précoce
- Monsieur Pierre Jobin, porte-parole officiel des célébrations du centenaire de l'Institut
- Le D^r Josep Rodés-Cabau parmi les scientifiques les plus influents de la planète
- Nouvelle phase d'agrandissement du Centre de recherche
- Un pas important dans la recherche en génétique du cancer du poulmon
- Lancement du livre « L'asthme chez l'athlète » : Un nouvel outil pour devenir champion de sa santé
- Mois de sensibilisation au cancer du poulmon : L'Institut et sa Fondation dévoilent « l'indice poulmons »
- Mois du cœur : L'Institut et sa fondation présentent « La cardiologie de demain »
- Inauguration d'une nouvelle unité de soins palliatifs à l'Institut
- Des acteurs de la santé unissent leurs forces et investissent dans un projet unique en santé préventive
- Premier festival international du film médical de Québec
- Nomination du D^r André Tchernof à titre de directeur de l'axe de recherche en obésité-métabolisme
- L'Institut se mobilise dans le cadre de la Semaine québécoise des personnes handicapées
- Un médecin chercheur de l'Institut présente à la communauté internationale les plus récentes données sur FreeO2
- Première médicale canadienne : nouveau défibrillateur cardiaque implanté à l'Institut
- 6^e Congrès international sur les maladies cardiométaboliques chroniques sociétales : L'obésité viscérale, un ennemi caché pour la santé physique et cognitive
- Une chaire de recherche pour améliorer la qualité de vie et les pronostics des patients atteints de cardiopathies structurales
- Un chercheur québécois à la tête d'une mobilisation internationale dans la lutte contre l'obésité abdominale

RELATIONS PUBLIQUES

En cours d'année, l'Institut a diffusé 26 communiqués de presse. Parmi les réalisations qui ont permis à l'Institut de rayonner, notons trois premières médicales canadiennes, la nomination de deux chercheurs dans les scientifiques les plus influents du monde, le lancement du livre *L'asthme chez l'athlète*, l'organisation de la 3^e édition du Congrès de chirurgie thoracique de Québec, pour ne nommer que ceux-là. Le Service des communications et des relations publiques a traité un total de 170 demandes d'entrevues qui ont résulté en 175 reportages diffusés et en 149 articles parus dans la presse écrite.



Première médicale canadienne : un 10^e cas de remplacement d'une valve tricuspide percutanée au monde réalisée à l'Institut le 8 février 2018 par le D^r François Dagenais, chirurgien cardiaque et chef du Service de chirurgie cardiaque, D^{re} Élisabeth Bédard, cardiologue et par le D^r Josep Rodés-Cabau, hémodynamicien et chercheur au Centre de recherche, en présence de l'équipe de TVA Nouvelles.

le 17 janvier 2018, une première médicale canadienne : Nouvelle valve aortique révolutionnaire effectuée par le D^r François Dagenais, chirurgien cardiaque et chef du Service de chirurgie cardiaque et son équipe.



Première médicale canadienne : nouveau défibrillateur cardiaque implanté à l'Institut le 19 mai 2017 par le D^r Jean Champagne, cardiologue électrophysiologiste et son équipe



PLATEFORMES NUMÉRIQUES

Le site Internet de l'Institut a reçu 545 491 vues uniques en un an. L'établissement continue à développer sa présence dans les réseaux sociaux en faisant la promotion notamment de ses activités.

RÉSEAUX SOCIAUX	NOMBRE D'ABONNÉS
 Page	1 274
 Groupe	1 179
	1 277
	478
	951

L'EXPÉRIENCE DES USAGERS : UNE SOURCE PRÉCIEUSE D'INFORMATION



Dr Guy Proulx, cardiologue, M. Jean Morin, patient à l'Institut et Dr Mario Sénéchal, cardiologue

SONDAGE SUR LES EXPÉRIENCES D'HOSPITALISATION DES USAGERS

Interrogés par le biais d'un sondage qui leur a été expédié à l'issue de leur hospitalisation, 2 255 usagers ont fait connaître leur expérience sur la qualité des soins et des services reçus lors de leur séjour à l'hôpital entre janvier et octobre 2017. L'Institut a utilisé le questionnaire standardisé d'Agrément Canada.

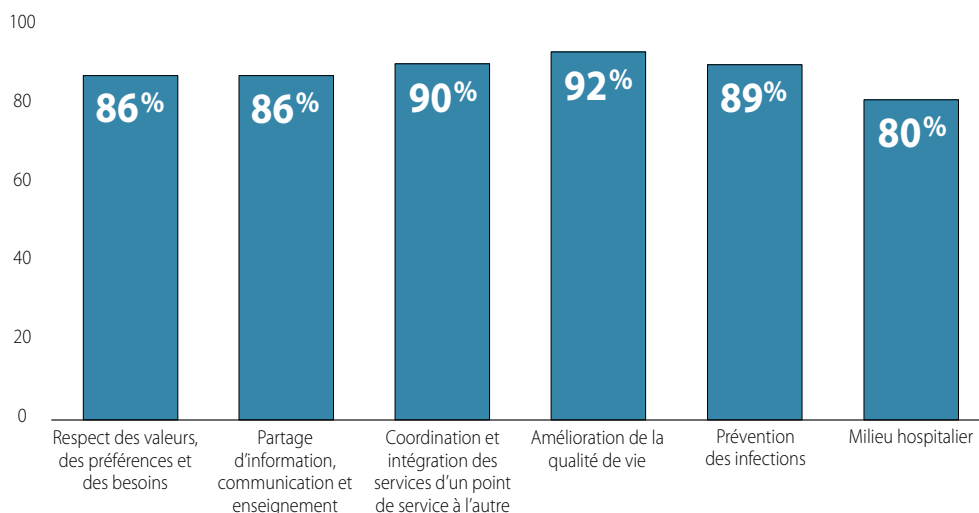


Pierre Gagnon
Opéré avec succès pour une malformation congénitale de la valve aortique

Isabelle Veilleux
Guérie d'un cancer du poumon

Marie-Michèle Faucher
Libérée de son obésité grâce à une chirurgie bariatrique

- 97 % des répondants recommanderaient l'Institut à leurs proches.
- 94 % des répondants considèrent l'Institut comme étant le meilleur hôpital.



L'analyse des résultats a permis d'identifier des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Le rapport complet peut être consulté sur le [site Internet](#) de l'établissement sous l'onglet « **Institut** », section « **Qualité et performance** », rubrique « **Sondage sur les expériences d'hospitalisation des usagers de l'Institut** ».

DIRECTION DE LA RECHERCHE

UN CENTRE DE RECHERCHE DE RÉFÉRENCE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN OBÉSITÉ

Unique au Canada, le Centre de recherche de l'Institut regroupe sous un même toit des axes de recherche en cardiologie, en pneumologie et en obésité-métabolisme, trois domaines jugés prioritaires en raison de l'impact économique et sociétal considérable des maladies qui y sont liées. L'harmonisation des axes de recherche aux missions cliniques de l'Institut en fait un centre remarquable, où la collaboration entre les professionnels de la santé et les chercheurs favorise le transfert des connaissances de la recherche vers les soins.

MISSION

Découvrir, pour prévenir et pour guérir par la création, la transmission et l'utilisation des connaissances au bénéfice de la population et des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, respiratoires et reliées à l'obésité.

VISION

Être un acteur international déterminant dans la lutte contre les maladies chroniques sociétales grâce à notre modèle de recherche intégrée en cardiologie, en pneumologie et en obésité.

Infrastructures de recherche

Le Centre de recherche a débuté au cours de la dernière année l'agrandissement de ses installations, suite à l'obtention de subventions dans le cadre du concours du Fonds d'innovation de la Fondation canadienne pour l'innovation (14,1 M\$) et du Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires du Gouvernement du Canada (13,5 M\$).

Ces fonds permettront :

- La construction et l'aménagement de nouveaux espaces de recherche (3 200 m²), incluant un laboratoire moderne pour

accueillir les activités de la Chaire d'excellence de recherche du Canada sur le microbiome ainsi que l'agrandissement de l'animalerie.

- L'acquisition d'équipements destinés à l'étude des liens entre les anomalies du microbiome et le développement de l'inflammation et des maladies métaboliques liées à l'obésité, notamment le diabète de type 2.
- Également, au cours de la dernière année, le Centre de recherche a débuté l'implantation du laboratoire de cathétérisme en recherche fondamentale dont les activités devraient débuter au printemps 2018.



Journées scientifiques à l'Université Laval, les 7 et 8 juin 2017

Les journées scientifiques de la recherche

Les 7 et 8 juin 2017, le Centre de recherche a tenu la 27^e édition de ses journées scientifiques annuelles à l'Université Laval. Cet événement se veut une occasion pour les étudiants et les professionnels de recherche de faire connaître leurs travaux à la communauté, et ce, de façon conviviale. Ce sont 96 présentations, dont 30 orales et 66 par affiches, qui ont été effectuées.



Nomination du
D. André Tchernof
à titre de directeur
de l'axe de recherche
en obésité-métabolisme

Au cours de la dernière, le D. André Tchernof a été nommé directeur de l'axe de recherche en obésité, diabète de type 2 et métabolisme. Le D. Tchernof cumule de nombreuses années d'expérience dans le domaine de la recherche sur l'obésité. Professeur titulaire à l'École de nutrition de l'Université Laval depuis 2000, il est également titulaire de la Chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique.

ARRIVÉE DE NOUVEAUX CHERCHEURS

Le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir cette année les docteurs Vincenzo Di Marzo et Cristoforo Silvestri. Reconnu à l'échelle mondiale, le D. Di Marzo dirigera les travaux de la Chaire d'excellence en recherche du Canada sur l'axe microbiome-endocannabinoïde dans la santé métabolique ainsi que ceux de l'Unité mixte internationale en recherche chimique et biomoléculaire du microbiome et ses impacts sur la santé métabolique et la nutrition. Pour sa part, les travaux du D. Silvestri porteront notamment sur l'activité du système endocannabinoïde dans la santé cardiométabolique.

En plus de ces nouveaux chercheurs, onze chercheurs membres du CMDP et professeurs de l'Université Laval ont débuté leur programmation de recherche au cours de la dernière année.

NOUVELLE CHAIRE DE RECHERCHE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE ET LES PRONOSTICS DES PATIENTS ATTEINTS DE CARDIOPATHIES STRUCTURELLES

Dirigé par le D. Josep Rodés-Cabau, la Chaire de recherche sur le développement de traitements interventionnels des cardiopathies structurelles – Fondation Famille Jacques Larivière a été créée en avril 2017. Cette chaire vise spécifiquement le développement et la poursuite de la recherche quant aux procédures alternatives aux chirurgies invasives pour le traitement de patients atteints de cardiopathies structurelles à risque élevé. Dans un horizon de cinq ans, la Chaire désire élaborer de nouvelles technologies et des méthodes procédurales qui permettront d'améliorer la qualité de vie et les pronostics de ces patients.

Demande FRQS 2018-2022

En décembre 2017, le Centre de recherche de l'Institut a soumis au FRQS le rapport de ses réalisations des quatre dernières années ainsi que son plan de développement 2018-2022. La visite d'évaluation a eu lieu en janvier 2018. Suite à ce processus rigoureux, la cote d'évaluation reçue a été « exceptionnelle ».

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

L'expérience étudiante

L'Institut tente de redéfinir l'apprentissage clinique en s'engageant envers ses étudiants grâce à l'excellence de ses enseignants, la qualité de ses soins et par la diversité des problèmes cliniques des patients. Cette étape en milieu hospitalier est primordiale dans la formation des futurs soignants.

Cette expérience étudiante, nous désirons la rendre exceptionnelle grâce à nos approches pédagogiques variées, à notre approche humaine et à nos outils numériques à la fine pointe de la technologie. Nous accompagnons nos étudiants de leur arrivée en milieu hospitalier jusqu'à la formation complémentaire postgraduation dans un cadre de respect mutuel et de relations harmonieuses. Nous savons faire preuve de souplesse et d'originalité dans notre offre de stage et nous maintenons d'excellentes relations avec les différentes maisons d'enseignement qui nous confient leurs étudiants. Notre institution est un milieu de stage hautement apprécié des étudiants comme en témoigne l'augmentation constante du nombre des étudiants et de mois-stages effectués dans notre centre et les sondages de satisfaction effectués auprès des étudiants ainsi que des professeurs.

MISSION

La mission de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires est d'assurer la qualité de l'enseignement dispensé à l'ensemble des stagiaires. Son rôle consiste à coordonner les stages et de voir à une gestion efficiente.

VISION

Sa vision est d'être un partenaire de choix, à la fine pointe des connaissances et de la technologie, de rayonner comme milieu d'enseignement, de retenir et d'attirer des personnes engagées et reconnues pour leur expertise.

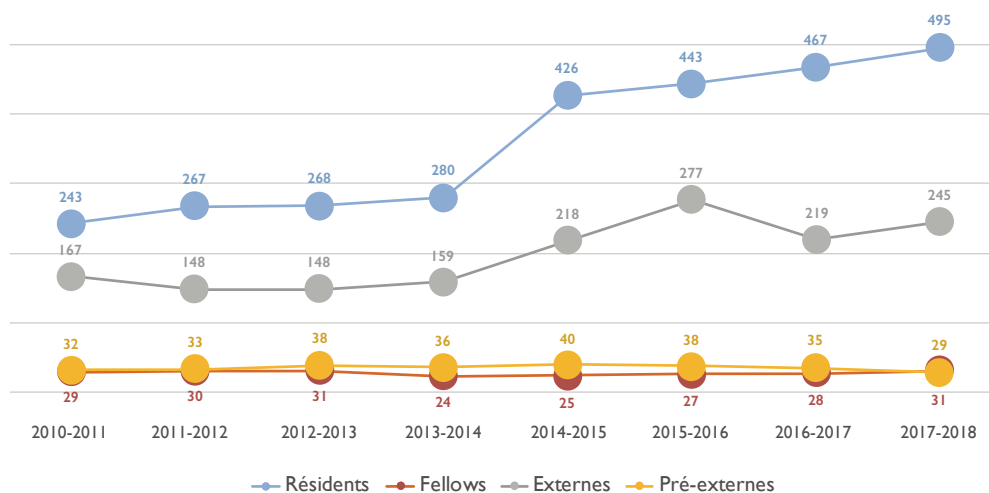
Distribution des stages

Les prochains tableaux donnent une vision de la diversité des stages effectués à l'Institut.



Sandra Laliberté, conseillère en soins infirmiers - secteur clinique, en période d'enseignement

Distribution des stages en médecine



MONITEURS CLINIQUES IUCPQ

	MÉDECINS		MOIS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Cardiologie	20	19	192	151
Chirurgie cardiaque	7	5	64	58
Chirurgie générale	1	2	4	12
Chirurgie thoracique	3	2	27	20
Total	31	28	287	241

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

	RÉSIDENTS		MOIS-STAGES		EXTERNES		MOIS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Anesthésiologie	12	12	37	35	0	0	0	0
Cardiologie	88	80	283	216	30	21	26,25	21
Chirurgie cardiaque	7	6	18	25	11	14	10,25	14
Chirurgie générale	7	7	23	21	27	21	41,5	32,25
Chirurgie thoracique	14	11	28	24	2	6	1,5	5
Gériatrie	18	17	19	18	37	38	58,5	58,5
Infectiologie et microbiologie	3	1	3	1	0	0	0	0
Médecine familiale	36	29	169	137	0	0	0	0
Médecine interne	101	116	157	166	44	37	69	56,75
Médecine nucléaire	0	1	0	1	0	0	0	0
Pathologie	11	12	40	35	1	1	0,75	1
Pneumologie	103	81	205	169	21	22	18,75	23
Psychiatrie	0	4	0	11	0	0	0	0
Radiologie diagnostique	39	40	73	69	41	42	27	26
Recherche	0	0	0	0	2	3	2	3
Soins intensifs chirurgie cardiaque	8	5	9	6	18	2	14,75	2
Urgence	48	45	49	47	11	12	11	12
TOTAL	495	467	1113	981	245	219	281,25	254,5

ÉTUDIANTS DE 2 ^E ET 3 ^E EN MÉDECINE – INTRODUCTION À L'EXTERNAT		
	2017-2018	2016-2017
Étudiants	29	35
Jours présence	58	309

AUTRES STAGES - ÉTUDIANTS EN MÉDECINE				
	ÉTUDIANTS		JOURS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Stages cliniques UL	40	33	205	286,5
Stages d'observation UL Introduction à la clinique	221	163	110,5	81,5
Stages d'observation médecins	20	14	507	438
Étudiants hors réseau (externat)	6	4	163	69
TOTAL	287	216	985,5	920

STAGIAIRES UNIVERSITAIRES				
	STAGIAIRES		JOURS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Administration	4	1	191	64
Communication	0	2	0	52
Ergothérapie	6	14	252	179
Kinésiologie	13	13	336	234
Médecine dentaire	10	5	10	5
Nutrition	36	33	900	875
Pharmacie	79	86	2 542	2 035
Physiothérapie	5	15	80	242
Psychologie organisationnelle	0	1	0	43
Relations industrielles	0	1	0	25
Sciences infirmières	165	212	2 209	2 330
Sciences religieuses	2	1	68	51
TOTAL	320	384	6 588	6 135

STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL				
	STAGIAIRES		JOURS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Archives médicales	1	2	50	55
Retraitement des dispositifs médicaux	12	28	89	135
Soins infirmiers	547	635	7 603	8 699
Techniques d'analyses biomédicales	3	36	105	1 123
Techniques d'électrophysiologie	32	37	422	454
Techniques d'inhalothérapie	55	57	598	956
Techniques de la logistique de transport	2	1	65	17
Techniques de réadaptation physique	6	1	54	35
Techniques en bureautique	3	3	70	52
Techniques en comptabilité et gestion	0	1	0	30
Techniques en diététique	0	1	0	33
Techniques en documentation	0	1	0	20
Technologie de radiodiagnostic	23	25	854	966
TOTAL	684	828	9 910	12 575

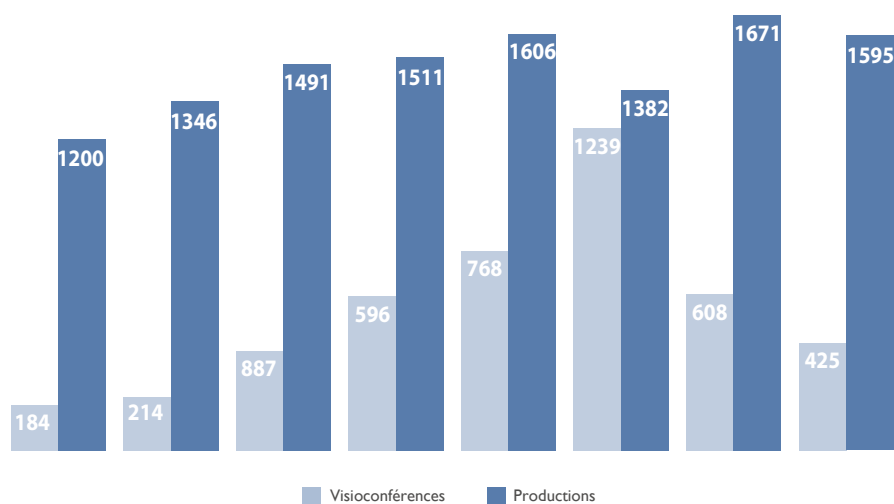
STAGIAIRES DE NIVEAU SECONDAIRE				
	STAGIAIRES		JOURS-STAGES	
	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017
Assistance à la personne en établissement de santé	39	37	411	383
Assistant technique en pharmacie	6	6	88	85
Entretien de bâtiment	0	2	0	40
Hygiène et salubrité	4	5	344	75
Massothérapie	0	1	0	35
Santé, assistance et soins infirmiers	17	24	262	364
Secrétariat et secrétariat médical	16	24	320	494
Technique juridique	1	0	45	0
Photographie médicale	1	0	10	0
TOTAL	84	99	1 480	1 476

ORIENTATION CARRIÈRE		
STAGE D'OBSERVATION		
	2017-2018	2016-2017
Stagiaires	110	56
Jours-présence	114	48,5

Allocation de l'enveloppe budgétaire régionale destinée à soutenir l'apprentissage en milieu clinique

SPÉCIALITÉ	DESCRIPTION	MONTANT
Pneumologie	Acquisition d'un simulateur pour bronchoscopie et EBUS	25 000,00 \$
Chirurgie générale	Caméra pour la salle d'enseignement	1 525,00 \$
	Tableau blanc aimanté	570,00 \$
Pathologie	Visionnement à distance de la macroscopie	1 500,00 \$
Cardiologie	Aménagement de la salle du 4 ^e Est, écran et projecteur	5 000,00 \$
Cardiologie	1 station de lecture pour les résidents en échocardiographie	1 000,00 \$
TOTAL		34 595,00 \$

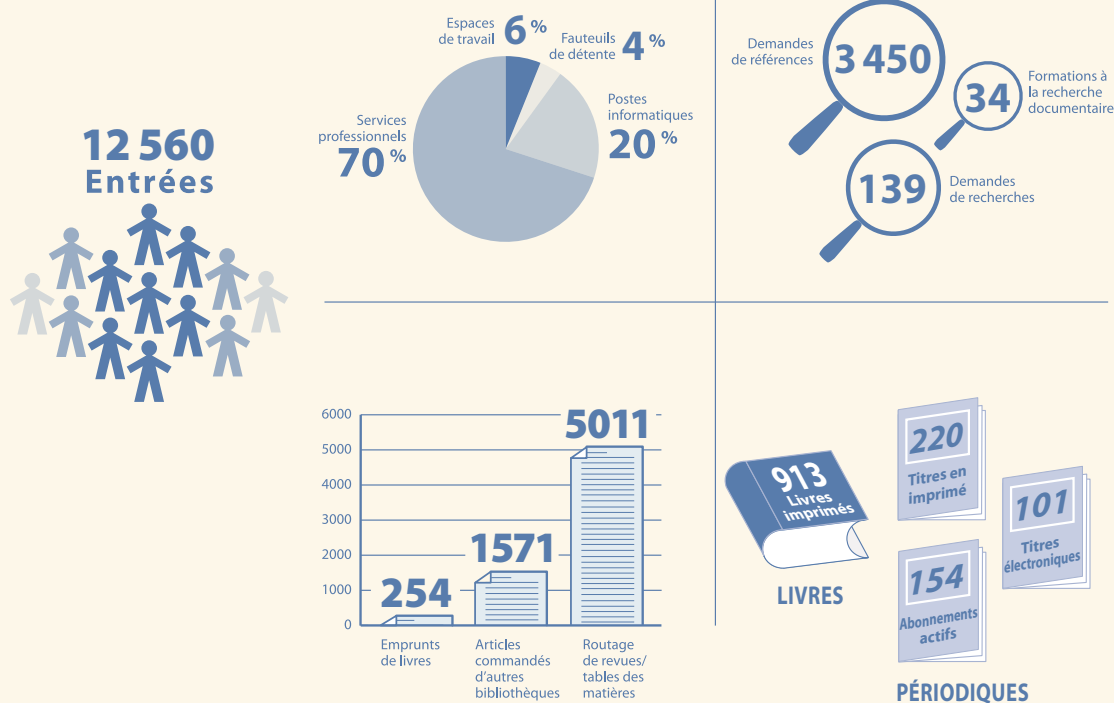
Productions du Service de l'audiovisuel



* Cet écart peut s'expliquer par la migration technologique des visioconférences vers l'utilisation de la toile Internet (ex : webinaire, conférence Skype, etc.)

Bilan du Service de l'audiovisuel

Le Service de l'audiovisuel offre la création de documents d'enseignement imprimés, photographiques et vidéos. Il coordonne les activités de visioconférence en collaboration avec la Direction des services professionnels.



PRIX ET DISTINCTIONS

D^r Benoît Arsenault

Récipiendaire d'une bourse de chercheur en début de carrière dans le domaine de la santé circulatoire et respiratoire, IRSC

Prix Jeune chercheur Jean-Davignon 2018 du Réseau de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité

D^r Sébastien Bonnet

Nommé représentant de l'Amérique du Nord au *Pulmonary Vascular Research Institute*

Récipiendaire du *PVRI BMPR2 Research Grant de l'organisme Dinosaur Trust*

Nommé président du Program committee (*pulmonary circulation*) à l'*American Thoracic Society*

Élu président du comité du *3CPR Scientific & Clinical Education Lifelong Learning Committee*

D^r Olivier Boucherat

Récipiendaire du *Aldrighetti Research Award for Young Investigators de la Pulmonary Hypertension Association*

D^r Louis Philippe Boulet

Ambassadeur de l'année 2017 du Cercle des ambassadeurs de Québec

D^r Jean Bussièrès

Récipiendaire du Prix d'excellence en enseignement clinique 2017 de la Société canadienne des anesthésiologistes

D^{re} Marie-Annick Clavel

Prix d'excellence de la Fondation Jacques-de-Champlain

D^r Yvon Cormier

Nommé professeur émérite de l'Université Laval

D^r Christian Couture

Nommé au Comité national des normes pour les tests de laboratoire de haute complexité de l'Association canadienne des pathologistes

D^r Jean-Pierre Després

Lauréat 2017 du prix de conférencier émérite en sciences cardiovasculaires de l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire

Nommé parmi les 50 influenceurs qui font bouger le Québec en matière de saines habitudes de vie du magazine *WIXXMAG*

Lauréat 2017 du Cercle des ambassadeurs de Québec

Lauréat 2018 du Prix Manuvie pour la promotion d'une santé active

D^r Philippe Joubert

Lauréat de la catégorie Santé et mieux-être – Équilibre travail - vie personnelle au gala reconnaissance de l'Institut 2017

D^r Michel Laviolette

Prix Carrière du Département de médecine de l'Université Laval

Lauréat de la catégorie Qualité de l'acte médical, dentaire ou pharmaceutique avec mention d'excellence au gala reconnaissance de l'Institut 2017

Cassiopée Paradis-Gagnon, inhalothérapeute

Récipiendaire du Prix d'excellence en enseignement 2017 de l'Institut

D^r Josep Rodés-Cabau

Lauréat de la catégorie Recherche au gala reconnaissance de l'Institut 2017

D^r Angelo Tremblay

Prix ACFAS Jacques-Rousseau 2017



TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE

LE 18 JANVIER 2018

Depuis des semaines, j'anticipais ce rendez-vous. J'avais peur, je stressais, j'angoissais. Ce matin, ce fut une équipe de trois femmes et un docteur qui m'a accompagnée. Avec le stress et tout, j'ai oublié leur nom, mais je n'ai pas oublié et je n'oublierai pas leur professionnalisme, leur calme, leur présence, leur empathie. Sans eux, tout aurait été différent. Ne gelant pas facilement et ayant oublié d'en faire part aux personnel médical, j'ai eu mal, très mal. Le docteur a su me rassurer et être honnête tout au long de l'intervention, et les femmes sont restées avec moi après. Outre la douleur, tout a bien été. Je tenais à les remercier, parce que malgré mes cris, mes gémissements de douleur et mes larmes, je leur suis reconnaissante. J'ai toujours mal, je n'ai pas encore les bons côtés de l'infiltration, mais ça viendra. Je tiens à les remercier pour tout! L'été dernier, j'ai eu un TACO, une IRM et un scan, et j'ai toujours eu un bon service, mais aujourd'hui spécialement, j'en avais besoin et je suis contente de l'accompagnement qu'ils m'ont offert.

Merci pour tout!

Catherine Mailhot

LE 17 JANVIER 2018

Bonjour,

Je tiens à remercier l'infirmière au triage, le médecin à l'urgence et l'infirmière qui ont pris soin de ma mère, Marthe Gignac, le 16 janvier en soirée. Ils ont été professionnels, patients et empathiques.

Merci.

Johanne Crête

LE 27 DÉCEMBRE 2017

Bonjour,

Juste pour vous témoigner que la qualité des services reçus à votre établissement a été exceptionnelle.

Ma blonde a fait un séjour à votre établissement du 21 au 22 décembre 2017. Elle a été reçue à votre urgence depuis l'hôpital de St-Georges, puis en radiologie, et transférée pour opération à l'équipe du docteur Philippon, et par la suite, à

l'étage 4 (chambre 4104). À tous les niveaux de service, le service a été exceptionnel, extraordinaire même. Même moi qui n'étais pas bénéficiaire et qui accompagnais ma conjointe, j'ai trouvé exceptionnel le comportement des gens; leur sourire me donnait l'information en proactivité.

Bravo à vos employés pour leur excellent travail. Malgré la lourdeur et la quantité de leur travail, rien ne laissait transparaître. Nous avons la perception que nous étions leur priorité. Voilà. J'ai trouvé très humain votre personnel, et ce, partout où nous sommes passés.

Continuez ainsi, vous faites vraiment la différence.

Jimmy Poulin et Julie Roy (bénéficiaire)

LE 12 DÉCEMBRE 2017

Ode aux gens de l'Institut

On entend souvent parler que notre système de santé est malade. Certes, les délais dans les urgences et la difficulté qu'ont les gens à avoir un médecin de famille en témoignent. Par contre, on ne réalise pas à quel point nous avons un système de santé extraordinaire tant que tu n'es pas « embarqué dans la machine ».

Il y a bientôt sept semaines, je subissais une opération à cœur ouvert à l'Institut. En effet, l'an dernier, mon cœur affichait 215 battements par minute en marchant sur mon tapis roulant. Après avoir contacté mon médecin de famille, j'ai subi, suite à des tests, une coronarographie le 16 octobre 2016 afin d'apposer un tuteur. On nous apprend que ma valve aortique est composée de deux feuillets plutôt que de trois (problème à la naissance dont je suis au courant depuis une dizaine d'années seulement) et qu'elle sera à surveiller éventuellement, son ouverture étant plus petite que la norme de trois cm.

Plusieurs mois plus tard, alors que je devais me sentir beaucoup mieux suite à cette intervention, je lève la main de nouveau, demandant à repasser des tests, cette fois-ci, à l'Institut. C'est le 15 septembre dernier que notre vie a été chamboulée. Sur place pour un tapis roulant au nucléaire, tout branché, le cardiologue, le Dr Jean-Pierre Déry, place son stéthoscope sur ma poitrine. Il m'annonce qu'il est hors de question que j'embarque sur le tapis, ayant un méchant problème de valve. Il m'envoie plutôt en

échographie cardiaque to the go. Imaginez... je suis là, à l'hôpital, avec médecins et infirmières et no way que j'embarque sur le tapis... pas très rassurant! Mon souvenir à ce moment : ma tête fait le plein de panique et de stress. Je réfléchis, je contacte ma conjointe pour l'aviser de ce qui se passe en lui disant de ne pas venir me rejoindre inutilement, car elle est au travail et je m'en vais réfléchir à la cafétéria de l'hôpital. Croyez-vous qu'elle est demeurée au travail?

Les résultats sont saisissants, ma valve aortique démontre une ouverture de 0,85 cm, qui est maintenant critique et sévère (souvenez-vous que la norme est de trois cm). Imaginez l'arrosage de votre maison que vous tordez en deux pour avoir un petit débit ou aucun débit... C'est ce qui se passe dans mon corps. Je dois subir une intervention rapidement pour éviter le pire. « J'entre ainsi dans le système » à l'Institut. (...)

Finalement, le 26 octobre, l'opération a eu lieu. Le matin où tu pars pour l'opération, tu veux paraître fort, mais l'émotivité est venue me heurter, ma seule pensée : me réveiller. Une interminable attente de huit heures pour ma conjointe, du moment où elle m'a suivi au bloc opératoire jusqu'à ce que le Dr Perron vienne la voir pour la rassurer que l'intervention s'était SUPER bien déroulée, qu'il a pu effectuer la méthode Ross sans problème (parce que tu sais pas tant qu'il t'a pas ouvert, tsé!, car ta valve pulmonaire doit être parfaite pour la mettre en position aortique).

Et c'est à partir de ce moment que tu réalises à quel point les gens du Département de cardiologie sont absolument extraordinaires! Du brancardier aux préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmiers, nutritionniste et docteurs qui passent chaque jour. Gentils, passionnés par leur métier, accommodants, sympathiques, doux et compréhensifs, professionnels, et je pourrais continuer longuement comme ceci. J'étais tellement bien traité qu'ils m'ont offert de sortir le 4^e jour, et j'ai refusé! Ha! Ha! Ha! (...)

Merci au Dr Déry pour sa rapidité d'action. Merci au Dr Perron d'être juste extraordinaire. Deux médecins très humains! C'est fou ce que ta perspective change quand tu passes par une telle épreuve. Matin, jour, soir, ils sont tellement toujours là que tu te demandes quand ils arrivent à voir leur famille et à dormir! Mais à chaque visite, le Dr Perron est souriant, de bonne humeur et content de voir la progression de l'état de ses patients en postopératoire. Il m'a d'ailleurs confié qu'il était grand temps que je passe sous le bistouri... Ma valve était vraiment malade, en plus d'un amas de calcaire qui obstruait davantage l'ouverture.

Maintenant, grâce à toutes ces personnes extraordinaires, j'ai une deuxième chance et je vais la prendre avec grand bonheur. Presque sept semaines plus tard, je prends du mieux et je commence à sentir la différence incroyable sur mon cœur.

Gens de l'Institut, encore MERCI!

Carl Boivin, Lévis

LE 21 NOVEMBRE 2018

À l'équipe des soins palliatifs

Lorsque Gilles Huard a été hospitalisé dans votre unité, nous savions que la médecine ne pouvait plus apporter une guérison de sa maladie. Il était conscient de ce qui l'attendait, sans toutefois être prêt, comme nous tous... Nous souhaitons remercier chaleureusement les membres de l'équipe des soins palliatifs pour tout ce qu'ils ont fait pour nous.

Votre équipe nous a permis de vivre de merveilleux moments avec Gilles jusqu'à la fin. Toutes vos attentions, votre joie, votre humour ainsi que votre tendresse ont permis de rendre ses dernières semaines empreintes de bonheur et d'amour. Nous n'oublierons jamais ce que vous lui avez apporté comme soutien.

Merci d'avoir pris le temps de l'écouter (même si souvent cela pouvait s'éterniser!). Merci d'avoir participé à toutes ses discussions et d'être venus le saluer, parfois même en dehors de vos attributions. Gilles était un homme qui s'intéressait à tous les gens qui l'entouraient. Il était heureux de vous connaître et de partager des histoires avec vous tous.

Ces moments ne sont pas faciles à vivre pour le patient, ni pour sa famille. Vous avez su déceler ses attentes et vous avez fait en sorte de bien l'accompagner, de le rassurer afin de diminuer ses inquiétudes et son insécurité face à ce qui approchait. Cela a été bénéfique pour nous également.

Nous avons ressenti que vous lui avez ouvert votre cœur et que certains liens se sont tissés au fil des jours, et avec nous aussi. Chacun a eu une contribution, que ce soit les médecins, les infirmières, l'aumônier, les préposés et le personnel de l'entretien ménager, afin de rendre ses derniers moments plus doux.

Merci d'avoir été là, de nous avoir fait sentir comme faisant partie de la famille. Nous nous sommes tout de suite aperçus que vous considérez votre travail comme une vocation dans laquelle vous investissez sincèrement tout votre cœur.

Grâce à vous, nous nous sommes sentis soutenus et compris dans chacune des étapes du cheminement de fin de vie de Gilles Huard.

Famille de Gilles Huard



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Un siècle de passion et d'innovations; des mots qui expriment bien ce que nous ressentons en cette année du centenaire de l'Institut. Travailler au bénéfice d'un centre aussi unique, reconnu à l'échelle internationale pour ses avancées technologiques, son centre de recherche et la qualité exceptionnelle des soins offerts aux patients est un grand privilège. Et au-delà de cela, il est impressionnant de voir la passion, l'engagement, la détermination et le dévouement de tous ceux et toutes celles qui donnent de leur temps pour la vie des autres. Ils sont une véritable source d'inspiration qui nous motive à travailler avec rigueur, dynamisme et créativité afin de soutenir la mission et le développement de notre institut. En 2017, nous avons réalisé de grandes choses! Nous avons amassé un montant record de 7 252 815 \$ (excluant les revenus de stationnement) et nos deux importants événements-bénéfice, la soirée *Au cœur de vos passions* et le *Cyclo-Défi IUCPQ* ont connu un succès inégalé jusqu'à maintenant. Il va sans dire que cela nous permet de soutenir nos équipes de soins et de recherche dont la renommée va bien au-delà du Québec et qui sont même une référence mondiale en leur domaine, soit le traitement et la prévention des grandes maladies qui affligent notre société.

Parmi nos réalisations, nous avons également eu l'immense plaisir d'inaugurer en octobre dernier, l'unité des soins palliatifs de l'Institut. Un projet d'investissement de 1 280 000 M \$ qui a été réalisé grâce à la contribution de 500 000 \$ de la Fondation IUCPQ. Et cette contribution a été rendue possible grâce à nos donateurs, dont plus particulièrement un premier don important d'une famille de la région de Québec qui a permis de donner le coup d'envoi à ce projet mobilisateur qui a fait l'unanimité dans l'Institut. Voilà un projet concret qui démontre à quel point la Fondation joue un rôle prédominant pour l'Institut.

Merci d'appuyer notre fondation et longue vie à l'Institut!

JOSÉE GIGUÈRE
Directrice générale

FAITS SAILLANTS

SOIRÉE AU CŒUR DE VOS PASSIONS – 9 JUIN 2017

- 14^e édition de la soirée bénéfice « Au cœur de vos passions » présentée par RBC Banque Royale
- Sous la présidence d'honneur de M. Martin Thibodeau, président, direction du Québec, RBC Banque Royale
- Une soirée qui rassemble de généreux donateurs, des dignitaires et des partenaires provenant des milieux d'affaires ainsi que des médecins et des chercheurs de l'Institut
- 600 convives ont eu la chance de déguster un menu gastronomique créé spécialement pour l'occasion par le chef Jean Soulard et rehaussé par des vins sélectionnés par notre expert sommelier, M. Vincent Lafortune, le tout animé par madame Joanne Boivin, animatrice à M FM 102,9.
- Ce grand rendez-vous qui allie bonne cause, gastronomie et plaisirs, a permis d'amasser la somme record de 308 000 \$ de profits nets!



CYCLO-DÉFI IUCPQ – 10 SEPTEMBRE 2017

- Le Cyclo-Défi IUCPQ est une randonnée stimulante, sécuritaire et non chronométrée, réunissant des cyclistes de tous les niveaux, selon trois différents pelotons
- La 8^e édition de l'événement a permis de récolter 138 000 \$ de profits nets
- Présenté par Cominar, sous la présidence d'honneur de M. Michel Dallaire, chef de la direction du Fonds de placement immobilier Cominar
- 400 cyclistes, dont plusieurs patients et médecins de l'Institut, qui ont pédalé ensemble pour la cause
- Escortés par la Sûreté du Québec, le Service de police de la Ville de Québec et les Sentinelles de la route, les cyclistes ont circulé sur des distances de 50 km, de 100 km et 125 km sur les routes de Québec et de la région de Portneuf.



ACTIVITÉS EXTERNES

DÉFI ENTREPRISES

- La 7^e édition du Défi Entreprises s'est déroulée le 11 juin 2017 sur la Grande-Allée à Québec.
- L'événement a été un grand succès, avec plus de 10 000 participants.
- La Fondation IUCPQ est l'organisme bénéficiaire officiel des dons amassés lors du Défi Entreprises
- C'est plus de 30 000 \$ qui ont été amassés en dons par les participants et versés au Fonds PPMC de l'Institut pour soutenir le développement des programmes de prévention, de réadaptation, de recherche et d'enseignement en plus de contribuer à l'achat d'équipements, dans un souci d'amélioration constante des services offerts à la clientèle du PPMC.
- L'Institut a d'ailleurs remporté le prix de l'entreprise la plus généreuse pour une deuxième année consécutive, avec près de 8 000 \$ amassés en dons!



COLLECTE DE FONDS HÉLÈNE LAMARCHE

- La 4^e édition de la collecte de fonds de M^{me} Hélène Lamarche a permis d'amasser la somme de 2 000 \$ pour la Fondation IUCPQ, grâce à la vente de ses chocolats faits à la main.
- Au total, depuis le rétablissement de son cancer du poumon, c'est près de 10 000 \$ qui ont été amassés par M^{me} Lamarche, en quatre années consécutives, pour le Fonds Alphonse-L'Espérance de la Fondation IUCPQ.

RANDONNÉE CYCLISTE LOUIS FRÉCHETTE

- Les 29 et 30 septembre 2017 s'est tenue la première édition du défi cycliste « Pédalons avec Louis contre l'obésité ».
- Articulé sur deux jours, le défi consistait, dans un premier temps, en un aller-retour entre Montmagny et Lévis puis, dans un second temps, en un aller simple entre Montmagny et le Gym le Chalet (Québec)
- Cette activité, instaurée par M. Louis Fréchette, un patient de l'Institut, a permis de recueillir un montant de 4 950 \$, qui a été entièrement versé à la Fondation IUCPQ.



VENTE DES BOUGIES DU CARNAVAL

- La duchesse du Carnaval, Justine Leblanc, a choisi la Fondation IUCPQ comme organisme bénéficiaire des ventes de la bougie du Carnaval, pour soutenir l'Institut qui a sauvé la vie de son père.
- Le 7 février 2017, le Bonhomme Carnaval a visité la cafétéria de l'Institut à l'occasion de la remise officielle du chèque de la duchesse, d'un montant de 2 500 \$, à la Fondation.

Merci au comité de financement des employés de l'Institut qui s'est impliqué dans la vente de la bougie.



ACTIVITÉS INTERNES

À PLEINS POUMONS POUR L'HTAP

- Le dimanche 27 août 2017, près de 20 membres du groupe de recherche en hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ont pris part, pour une deuxième année consécutive, à des courses de 10 et 21 km, lors du Marathon SSQ, afin de conscientiser et sensibiliser la population à cette maladie.
- Au total, c'est près de 9 000 \$ qui ont été amassés dans le cadre de cette activité! La totalité des dons a été versée au Fonds Groupe de recherche en hypertension pulmonaire, dans le but de faire avancer la recherche et de développer les thérapies du futur en plus d'offrir des soins d'avant-garde aux patients souffrant d'HTAP.



TOURNOI DE DECK HOCKEY

- Tournoi amical au profit du Fonds des jeunes greffés de l'Institut
- Plus d'une centaine de personnes, en majorité du personnel de l'Institut, ont convergé vers le Complexe Dek hockey de Charny le 7 octobre 2017
- Douze équipes mixtes ont combattu dans trois catégories
- La somme de 2 300 \$ a été amassée pour la deuxième édition du tournoi organisée par M. Jean Veillette, agent administratif au quatrième étage ouest du pavillon C de l'Institut



ACTIVITÉS AU PROFIT DE LA FONDATION IUCPQ

Chaque année, plusieurs personnes liées de près ou de loin à l'Institut choisissent d'organiser des activités au profit de la Fondation. Au cours de la dernière année, toutes ces activités (internes et externes) ont permis de remettre à la Fondation 121 075 \$ de profits nets.

COMITÉ DE FINANCEMENT DES EMPLOYÉS DE L'INSTITUT

Le comité de financement des employés de l'Institut est composé de membres du personnel de l'Institut. Grâce à plusieurs activités de financement, dont Les Fous de la rampe, la Loto-Voyages et la vente de chocolats de Pâques, le comité permet de soutenir des projets soumis par des employés de l'Institut qui ont un impact direct sur les soins et les services offerts aux patients de l'Institut.

En 2017, le comité a accepté de soutenir des projets prioritaires pour une valeur totale de 108 000 \$, dont :

- 14 600 \$: achat de deux moniteurs muraux et l'achat d'une civière d'une capacité de 1 000 lb
- 8 000 \$: achat d'un système de PH-métrie en endoscopie respiratoire et digestive
- 9 000 \$: achat d'un appareil permettant aux infirmières une visualisation optimale des veines de l'usager pour le secteur d'oncologie ambulatoire
- 5 000 \$: acquisition d'une sonde d'échographie cardiaque pour l'appareil Sonosite Micro Maxx
- 1 950 \$: achat d'un appareil Space station en hémodialyse



LES FOUS DE LA RAMPE

- La troupe de théâtre de l'Institut a présenté la pièce « Mort sur le Nil² », d'Agatha Christie les 27 et 28 octobre ainsi que les 3 et 4 novembre 2017 au Théâtre de la Cité universitaire de l'Université Laval, au profit de la Fondation IUCPQ.
- Depuis maintenant 26 ans, médecins, chercheurs et employés de l'Institut, dont notamment le Dr Frédéric Sériès et le Dr Stéphane Lebel, respectivement pneumologue et chirurgien, montent sur les planches, toujours au profit de leur fondation.
- Près de 40 000 \$ de profits nets amassés.
- Sous la présidence d'honneur de M^e Sophie Lefrançois, avocate et secrétaire corporative et conformité à l'Aéroport de Québec s.e.n.c.r.l.
- La mise en scène était signée Simon Lemoine et parrainée par le Théâtre Niveau Parking



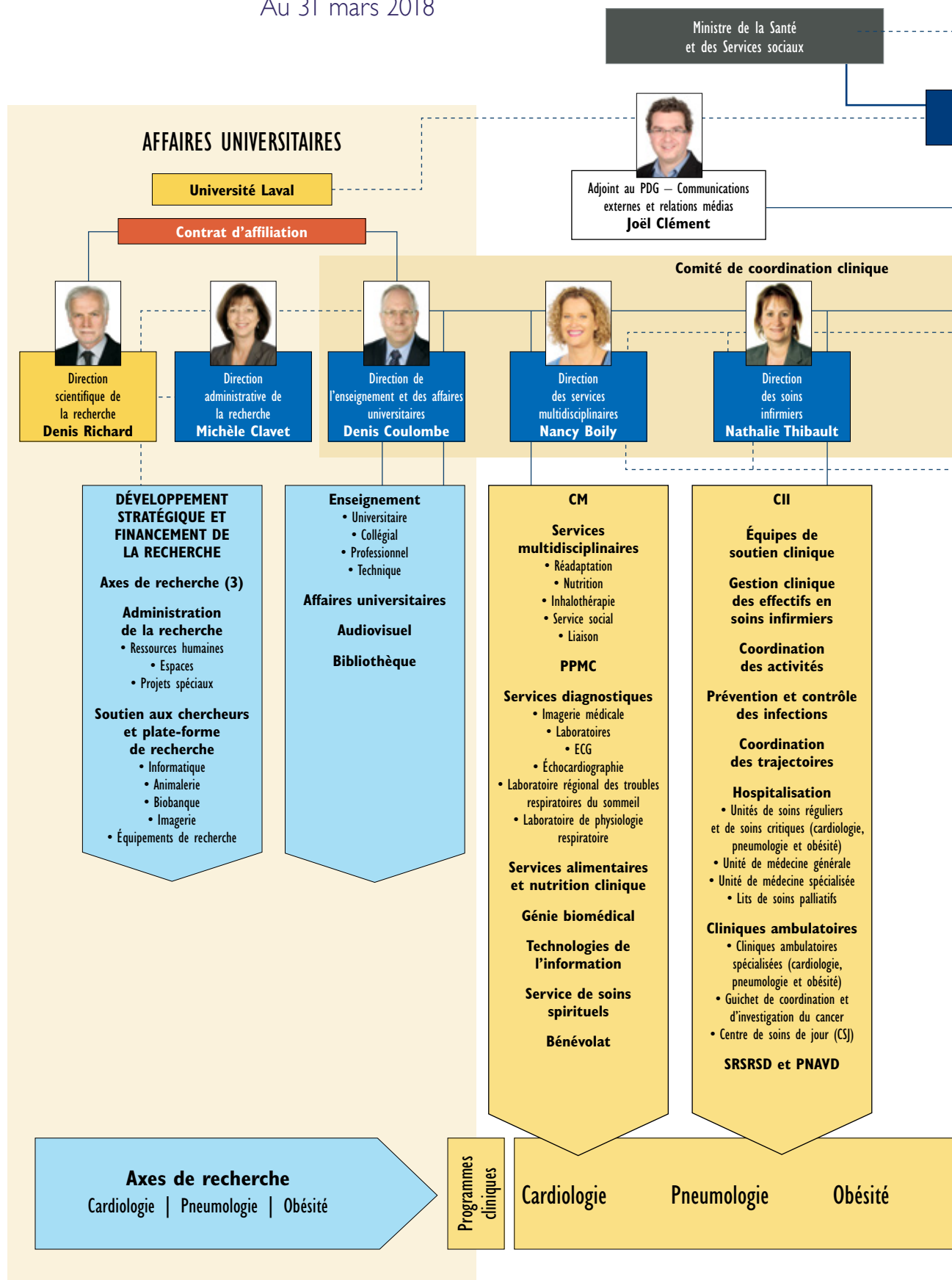
ÉTATS FINANCIERS DE LA FONDATION IUCPO

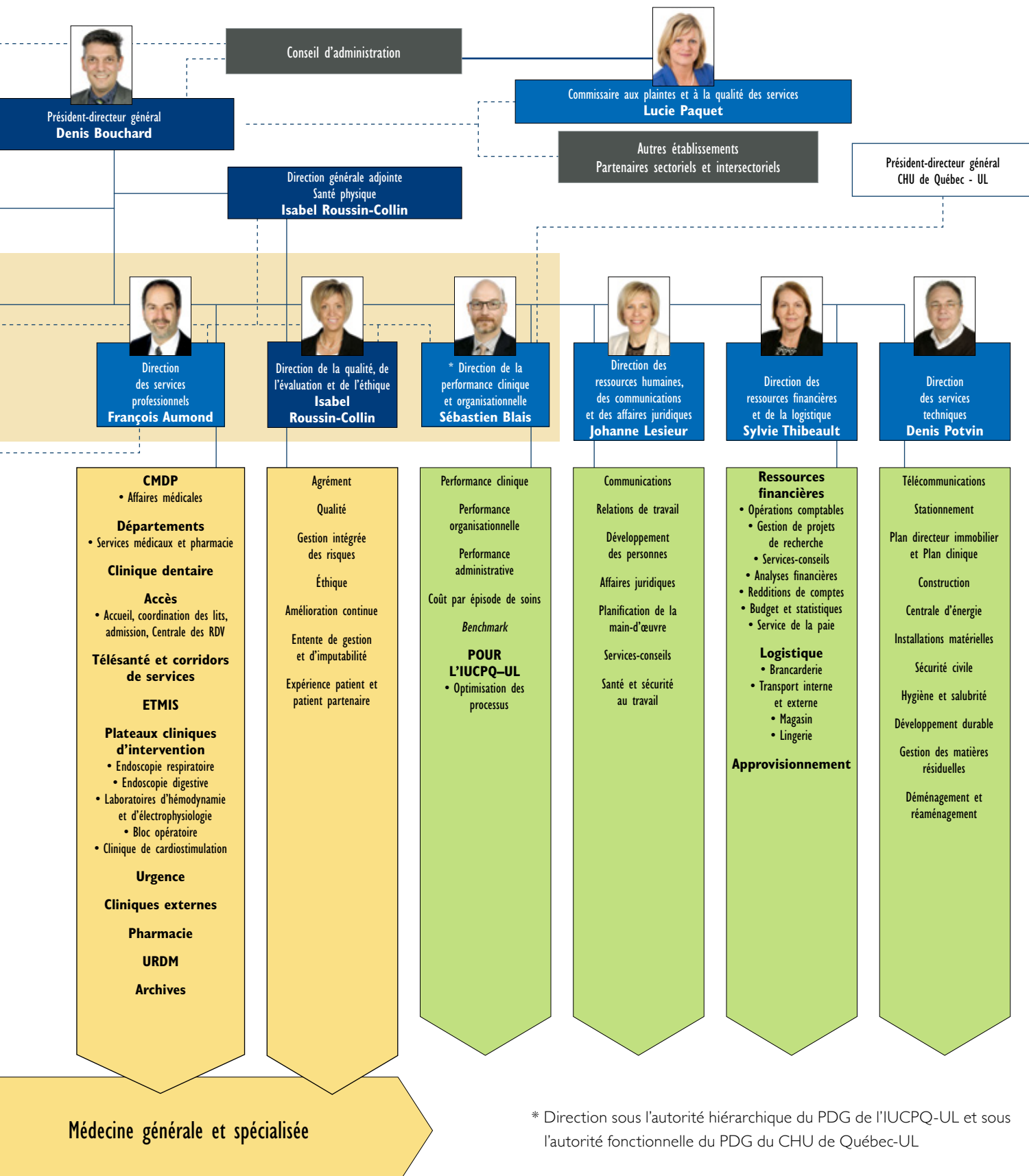
SITUATION FINANCIÈRE AU 31 DÉCEMBRE 2017	2017 TOTAL \$	2016 TOTAL \$
ACTIF		
Court terme		
Encaisse	4 146 466	3 180 060
Débiteurs et autres créances	1 183 768	954 780
Frais payés d'avance	23 027	21 448
Placements échéant au cours du prochain exercice	108 064	423 184
	5 461 325	4 579 472
Long terme		
Placements	23 952 796	19 341 569
Immobilisations corporelles	348 553	14 364
	29 762 674	23 935 405
PASSIF		
Court terme		
Créditeurs et autres dettes de fonctionnement	379 653	112 155
Apports reportés	43 694	18 125
	423 347	130 280
Long terme		
Apports reportés afférents aux immobilisations corporelles	333 288	-
	756 635	130 280
Soldes de fonds		
Fonds d'administration générale	23 608 008	18 831 766
Fonds d'immobilisations corporelles	8 928	14 364
Fonds affectés	5 389 103	4 958 995
	29 006 039	23 805 125
	29 762 674	23 935 405

Les données ci-dessus sont extraites des états financiers annuels audités de la Fondation. Elles sont présentées à titre informatif.

ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT

Au 31 mars 2018





* Direction sous l'autorité hiérarchique du PDG de l'IUCPQ-UL et sous l'autorité fonctionnelle du PDG du CHU de Québec-UL

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, SES COMITÉS, SES INSTANCES ET SES CONSEILS PROFESSIONNELS

Nous vous invitons à prendre connaissance du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'Institut en utilisant l'hyperlien suivant :

http://iucpq.qc.ca/sites/default/files/r-regie_interne_ca_2017-06-13.pdf

Pour lire la description des mandats des comités relevant du conseil d'administration, veuillez utiliser l'hyperlien suivant :

<http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qui-sommes-nous/conseil-d-administration-conseils-et-comites/comites-du-ca-instances-et-conseils-professionnels>

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Guy Bertrand

Membre indépendant

M. André Blondin

Membre indépendant

M^{me} Charlaïne Bouchard

Membre indépendant

M^{me} Denis Bouchard

Secrétaire

Président-directeur général

M^{me} Claudia Boulanger

Membre indépendant

M. Sylvain Chouinard

Collège de désignation : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Joanne Desjardins

Membre indépendant

M. Laurent Després

Président

Membre indépendant

M. Daniel Gilbert

Membre indépendant

M^{me} Line Grisé

Membre indépendant

M. Gilles Kirouac

Vice-président

Membre indépendant

M^{me} Mireille Lavoie

Collège de désignation : université affiliée

M. Jean Lefebvre

Collège de désignation : université affiliée

M. Charles Morasse

Collège de désignation :

Direction régionale

de médecine générale

M. Marcel Pepin

Membre indépendant

M. Marius Plante

Collège de désignation : comités des usagers

M. Serge Simard

Collège de désignation : conseil multidisciplinaire

M^{me} Isabelle Taillon

Collège de désignation : Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

M^{me} Kathleen Vézina

Collège de désignation :

conseil des infirmières et infirmiers (CII)

M. Jean M. Gagné

Président du conseil d'administration

de la Fondation IUCPQ

Membre observateur

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

M^{me} Charlaïne Bouchard

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Marcel Pepin

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Gilles Kirouac

Président

Vice-président du conseil d'administration

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M^{me} Claudia Boulanger

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M^{me} Line Grisé

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

M. Laurent Després

Président

Président du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Daniel Gilbert

Président

Membre du conseil d'administration

COMITÉS-CONSEILS DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT

D^{re} Lise Tremblay

Coprésidente

Représentante des médecins

M. Alain Dompierre

Coprésident

Membre de la pastorale nommé par le directeur
du Centre Spiritualitésanté de la Capitale-Nationale

INSTANCES

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

D^r Franck Molin

Président

Représentant du conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES

M^{me} Carole Lavoie

Présidente

Coordonnatrice des risques et de la qualité

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

M^{me} Lucie Paquet

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

D^r Michel Piroux

Médecin examinateur

COMITÉ DE RÉVISION

(Cf. Loi sur le protecteur des usagers)

M^{me} Charlaïne Bouchard

Présidente

Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES USAGERS

M. Marius Plante

Président

Membre du conseil d'administration

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

D^r Bruno Raby

Président

Pneumologue

COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP)

D^r Stéfane Lebel

Président

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

M^{me} Isabelle Cloutier, pharmacienne

Présidente

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

M. Sébastien Dubois, infirmier

Président p. i.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

M^{me} Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique
en physiothérapie

Présidente

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)

BILAN DES ACTIVITÉS

GOUVERNANCE

Bilan de la planification stratégique 2014-2018

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ) a pris connaissance du bilan de la planification stratégique 2014-2017 de l'établissement. Ce bilan dresse un portrait de l'évolution de chacune des orientations stratégiques 2014-2017 et de l'atteinte des résultats en fonction des cibles finales 2017.

Priorités organisationnelles /

Exercice de positionnement stratégique

Dans un premier temps, le CGÉ a pris connaissance du bilan des priorités organisationnelles 2016-2017 de l'établissement. Par la suite, il a participé à la démarche d'élaboration des priorités organisationnelles 2017-2018 et a adressé sa recommandation à cet égard au conseil d'administration. Finalement, dans le contexte où le plan stratégique de l'Institut s'est terminé en 2017, le comité a convenu qu'il serait approprié de procéder à une planification des priorités organisationnelles en revoyant notamment le positionnement stratégique de l'Institut ainsi que sa « mission, vision, valeurs ». À la suite de sa recommandation, le conseil d'administration (CA) a convenu d'effectuer cet exercice sur un horizon de deux ans de manière à s'arrimer au Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Processus d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration), du fonctionnement des comités du CA et de la contribution des membres du CA

Conformément au processus d'évaluation annuel adopté par le conseil d'administration, les trois axes d'appréciation convenus ont été évalués en trois temps différents au cours de l'année, à savoir le fonctionnement du conseil d'administration, le fonctionnement des comités du CA et la contribution des membres. Comme nouveauté, un questionnaire portant sur l'évaluation du fonctionnement des comités a, de plus, été adressé aux participants non administrateurs. Le comité a procédé à une analyse des résultats de chacune des évaluations et a présenté son rapport au CA. Par ailleurs, après s'être interrogé sur la fréquence du processus d'évaluation, le comité a recommandé au CA de fixer celle-ci aux deux ans, ce que ce dernier a accepté.

Comité sur l'accès aux soins et aux services

Comme convenu il y a un an, au moment de la mise à l'essai du comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS), le CGÉ a fait le point sur les activités réalisées à ce jour par ledit comité en suivi de quatre grands axes : expérience patient, offre de services cliniques, priorités cliniques et accès aux services. Le comité a conclu que le CASS est proactif et qu'il représente une valeur ajoutée pour le conseil d'administration. Les résultats

de l'évaluation annuelle du fonctionnement des comités du CA vont dans le même sens. Le comité de gouvernance et d'éthique a donc recommandé au CA de constituer officiellement le comité sur l'accès aux soins et aux services, ce que le CA a fait le 28 novembre 2017.

Modification du Règlement sur la régie interne du conseil d'administration (R-I)

Le comité a adressé au conseil d'administration une recommandation à l'effet de modifier le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration (R-I) considérant les nouvelles règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche et l'ajout du volet enseignement au mandat du comité d'éthique clinique.

Renouvellement de la nomination des membres des comités du conseil d'administration

Le comité a recommandé au conseil d'administration le renouvellement de la nomination des membres des comités du CA pour une période additionnelle d'un an, et ce, afin d'assurer une meilleure continuité au sein des comités concernés.

Renouvellement des conseils d'administration – Processus de désignation de certains membres

Le CGÉ a suivi le processus de désignation de certains membres du conseil d'administration de l'Institut qui s'est déroulé en février et mars 2018, dans le cadre du renouvellement des conseils d'administration des centres intégrés de santé et de services sociaux et des établissements non fusionnés.

Suivi des risques organisationnels /

Conformité aux lois et règlements

Dans le cadre du processus de suivi des risques organisationnels, le CGÉ a identifié deux grands groupes de risques qu'il doit surveiller, soit le non-respect du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (R-35) et la non-conformité aux lois et règlements. À ce jour, il n'y a aucun élément particulier à noter concernant le premier groupe de risques. Pour ce qui a trait au deuxième groupe, un processus de suivi a été établi afin de s'assurer que l'établissement est conforme à l'ensemble des lois et règlements auxquels il est assujéti.

Désignation toponymique

Après avoir examiné la documentation relative à la désignation toponymique en vigueur dans l'établissement, le CGÉ a constaté qu'un exercice de révision en fonction des besoins actuels était nécessaire. Le comité a confié ce mandat au président-directeur général. Un suivi sera fait au cours de la nouvelle année.

Plan de formation 2017-2018

Le comité a examiné le plan de formation proposé aux administrateurs pour l'année 2017-2018. Les thèmes ont été choisis en fonction des besoins exprimés par les administrateurs et des priorités organisationnelles et ministérielles. Trois demi-journées de formation se sont déroulées les 18 mai et 8 décembre 2017 et le 21 février 2018. Elles avaient pour thèmes :

la gestion des listes d'attente, le « benchmark » et l'amélioration de la performance, le parcours de l'usager à l'urgence : comment mesurer et suivre l'atteinte d'une durée moyenne de séjour de 12 heures sur civière, le projet de loi n° 130 : Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux, la présentation des partenaires (CHU de Québec-Université Laval, CIUSSS de la Capitale-Nationale), les corridors de services et la collaboration inter-établissements, la présentation du réseau de l'oncologie pulmonaire des établissements du Québec.

Rapport annuel d'activités du comité 2016-2017

À sa réunion du 31 mai 2017, le comité a procédé à l'adoption de son rapport annuel d'activités pour l'année 2016-2017.

Déclaration des conflits d'intérêts des administrateurs

Conformément aux fonctions qui lui sont attribuées en vertu du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration (Règlement 35), le comité a examiné les déclarations des conflits d'intérêts remises par les administrateurs en avril 2017. Il a fait rapport au conseil d'administration, mentionnant que tout était conforme et qu'il n'y avait rien de particulier à signaler.

M^{me} CHARLAINE BOUCHARD

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DE VÉRIFICATION (CV)

Composition

M. Marcel Pepin, président du comité

M. Laurent Després, membre d'office

M. André Blondin, membre du comité

M^{me} Line Grisé, membre du comité

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité a tenu cinq réunions au cours de l'année et les membres se rencontrent à huis clos à la fin de chaque réunion. Les travaux du comité ont porté sur les dossiers suivants :

- approbation du budget 2017-2018;
- recommandation de la nomination de l'auditeur indépendant au conseil d'administration pour un mandat de quatre ans, renouvelable annuellement;
- plan d'audit de l'exercice 2017-2018 : présentation du plan d'audit par l'auditeur indépendant; examen, questionnement par les membres et approbation par le comité;
- suivi périodique des résultats : le comité a reçu et questionné les faits saillants des résultats périodiques à chaque rencontre;
- suivi des rapports trimestriels AS-617 (états financiers);

- réception du rapport de l'auditeur indépendant sur les travaux d'audit, étude et analyse en détail des états financiers 2017-2018 en présence des auditeurs et approbation;
- suivi semestriel concernant l'examen de la liste des engagements financiers et contrats de plus de 100 000 \$;
- suivi semestriel concernant l'utilisation des fonds de partenariat découlant des contrats d'approvisionnement de fournitures médicales;
- réception du rapport du responsable de l'observation des règles contractuelles;
- réception du rapport d'audit sur l'application des règles contractuelles;
- information des mécanismes de contrôle interne et de suivi des recommandations de l'auditeur;
- information des travaux faits pour s'assurer de l'utilisation optimale des ressources, notamment de la démarche d'étalonnage de la performance clinique et organisationnelle;
- assurance de la mise en place et de l'application du processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- évaluation et à la contribution des membres;
- état des discussions et décisions du comité de vérification à chaque rencontre du conseil d'administration.

M. MARCEL PEPIN

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité a tenu cinq réunions au cours de l'année et les activités réalisées se résument comme suit.

Plaintes

Le comité :

- a reçu et a analysé le tableau-synthèse des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par le médecin examinateur. La majorité des plaintes ont trait à des problèmes de communication, aux attitudes et aux comportements;
- a pris connaissance du suivi de la mise en œuvre des recommandations permettant d'éviter la récurrence de certaines sources d'insatisfaction.

Protecteur du citoyen

Un seul dossier, non recevable par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, a été soumis au Protecteur du citoyen. Le dossier a été fermé sans recommandation de ce dernier.

Prévention et contrôle des infections

Le comité a été à même de constater :

- les efforts et l'application rigoureuse de différentes mesures qui ont permis de maintenir d'excellents résultats en matière de *C. difficile*, de staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) et de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
- les actions mises en place dans le cadre du débordement hospitalier majeur en raison des éclosions d'influenza et du virus respiratoire syncytial (VRS);
- les différents éléments du plan d'action 2017-2018 et du programme 2015-2020 de l'équipe de la PCI.

Gestion des risques cliniques

Le comité a pris connaissance :

- des rapports et des recommandations émises par le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) à la suite d'événements sentinelles, avec une attention particulière au suivi accordé par le CGRC à la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements;
- de la grille de gestion intégrée des risques dans le cadre des travaux d'agrandissement en façade;
- du rapport d'investigation du coroner n'impliquant pas l'Institut mais pour lequel un suivi a tout de même été effectué, en lien avec le refus par un usager d'une transfusion de sang ou de produits sanguins;
- de la demande du conseil d'administration à l'effet de recevoir et d'analyser les stratégies ainsi que le plan d'action qui seront soumis par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans le but d'améliorer le taux d'hygiène des mains du corps médical et d'ainsi assurer la contribution significative des médecins dans l'atteinte des objectifs fixés;
- du rapport 2016-2017 sur les surveillances constantes ainsi que des recommandations en découlant.

Qualité des soins et des services

Agrément

Le comité a été mis au fait des résultats du processus d'appel d'offres de l'organisme accréditeur et des événements qui ont suivi. Il a également été informé de la reddition de comptes qui restait à faire auprès d'Agrément Canada suite à la visite de novembre 2016, les dernières preuves de conformité devant être soumises pour le 18 avril 2018.

Plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées

Le comité a reçu le bilan du premier plan d'action à l'égard des personnes handicapées ainsi que le projet de plan d'action 2018-2019 avant qu'ils ne soient déposés au conseil d'administration.

Expérience patient

Le comité a pris connaissance des résultats de l'évaluation de l'expérience patient tenue en 2016 et des objectifs d'amélioration qui en résultent.

Patient partenaire

Le comité a été informé de la démarche amorcée pour l'implantation du concept de patient partenaire à l'Institut.

M. GILLES KIROUAC

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES (CASS)

Le comité sur l'accès aux soins et aux services a été mis à l'essai au cours de l'année 2016-2017. Considérant sa pertinence, il a été officialisé lors de la séance ordinaire du conseil d'administration le 28 novembre 2017.

Composition

M. Denis Bouchard, président-directeur général

M. Laurent Després, président du conseil d'administration et président du comité

M. Gilles Kirouac, membre du conseil d'administration

M. Marius Plante, membre du conseil d'administration

M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice générale adjointe au programme de santé physique, secrétaire

M^{me} Isabelle Taillon, membre du conseil d'administration

M^{me} Kathleen Vézina, membre du conseil d'administration

D^r Charles Morasse, membre du conseil d'administration, invité permanent

Mandat

Le CASS a pour mandat de s'assurer que les priorités, les stratégies et les actions retenues en matière d'accès aux soins et aux services sont conformes aux orientations stratégiques de l'établissement et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le mandat du comité a été élaboré en fonction des quatre grands axes

- Expérience patient
- Offre de services cliniques
- Priorités cliniques
- Accès aux services

BILAN DES ACTIVITÉS 2017-2018

Au cours de la dernière année, le CASS a tenu quatre rencontres. Il a suivi avec intérêt les différents travaux en matière d'accès aux services. Les travaux du comité ont porté sur les dossiers suivants.

Expérience patient :

- les audits réalisés au regard de la circulation des usagers et la signalisation dans l'établissement. Suite aux résultats de ces audits, un plan d'action comportant plusieurs stratégies a été élaboré. Un guide de pratiques relatives aux communications et à l'accueil de la clientèle a été implanté;
- la démarche d'enquête du degré de satisfaction des usagers pour la clientèle de la trajectoire d'oncologie pulmonaire mise en place par le comité des usagers;
- la révision du règlement relatif aux heures de visites.

Offre de services cliniques :

- l'implantation d'un modèle d'organisation d'un centre de répartition des demandes de services, pour lequel l'établissement a été porteur d'une démarche *Lean* régionale;
- le mandat de l'Institut portant sur la consolidation du réseau de cancérologie pulmonaire de l'est du Québec et notamment, la révision des corridors de services et des trajectoires optimales avec les centres de l'est de la province;
- le projet vitrine en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale qui vise à faciliter le parcours de la clientèle de niveau de soins alternatifs.

Priorités cliniques

Le comité a assuré le suivi trimestriel des principaux plans d'action découlant des priorités organisationnelles, notamment :

- accès à la cardiologie tertiaire et à la chirurgie thoracique;
- présentation des actions structurantes afin d'améliorer l'accès dans les différents secteurs de cardiologie principalement en chirurgie cardiaque, électrophysiologie, en échocardiographie et en chirurgie thoracique;
- ouverture des trois nouvelles salles en électrophysiologie et de la salle hybride au bloc opératoire;
- planification des travaux pour la phase II de l'agrandissement du bloc opératoire;
- plan d'action en cancérologie thoracique visant à améliorer principalement l'accès aux plateaux techniques;
- amélioration de la fluidité du parcours de l'usager de son arrivée à l'urgence à son départ;
- suivi des actions en amont et en aval permettant d'améliorer les résultats par rapport à l'année 2016-2017;

- amélioration de la performance globale, notamment dans les secteurs des soins critiques et de la logistique hospitalière;
- démarche d'optimisation du travail dans les soins critiques;
- réduction des coûts par repas;
- chantier sur la révision des processus de travail et des procédures dans le secteur de la lingerie.

Accès aux services :

- le comité a pris connaissance des résultats des indicateurs d'accès découlant principalement de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018. Les résultats de l'établissement ont été aussi comparés avec ceux des établissements de la province, notamment pour le Service de l'urgence et l'accès à la chirurgie en oncologie pulmonaire;
- le comité a appuyé la planification des activités 2018-2019 et en a recommandé son adoption au conseil d'administration;
- le comité a pris connaissance des nombreuses actions mises en place afin d'assurer un accès aux soins sécuritaires lors de la situation de débordement excessif en période hivernale causée par l'éclosion de l'influenza et la gastro-entérite.

M. LAURENT DESPRÉS

Président du conseil d'administration

Président du comité

COMITE DES RESSOURCES HUMAINES (CRH)

BILAN DES ACTIVITÉS

Pour l'année 2017-2018, le comité des ressources humaines a suivi avec intérêt les différents travaux en matière de gestion des ressources humaines ayant une portée organisationnelle.

Priorités 2017-2018 de l'Institut

Le comité a étudié avec intérêt les priorités et les enjeux des ressources humaines par rapport aux priorités organisationnelles de l'Institut, dont :

- l'accès aux services spécialisés, notamment en cardiologie tertiaire et en oncologie thoracique : l'organisation du travail, le développement des compétences et la gestion de changement;
- la transformation du système de gestion : favoriser la participation des gestionnaires, préserver la mobilisation dans un contexte de multitude de dossiers et le développement des compétences;
- la disponibilité, en quantité suffisante, d'une main-d'œuvre qualifiée en réponse aux besoins cliniques et administratifs, notamment au niveau des ressources de réadaptation : favoriser l'attraction et la rétention pour les titres d'emploi de préposé aux bénéficiaires, d'agent administratif ainsi que pour les professionnels de réadaptation;

- amélioration de la performance globale, notamment dans les secteurs des soins critiques et de la logistique hospitalière : s'assurer d'une main-d'œuvre infirmière qualifiée et en quantité suffisante, plus spécifiquement dans les soins critiques, considérant le niveau élevé de soins à prodiguer dans ces secteurs d'activité;
- amélioration de la sécurité des soins et des services : développer de bonnes pratiques sur l'importance de l'hygiène des mains et de l'identification de l'utilisateur. Les actions sont de mobiliser le personnel à l'égard de ces cibles;
- planification de la main-d'œuvre : le comité suit toujours avec intérêt les travaux liés aux enjeux d'une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante;
- entreprise en santé : la priorité est de favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie par le personnel, dont l'intégration et le maintien dans l'organisation des quatre sphères de la norme, soit les habitudes de vie du personnel, l'équilibre travail-vie personnelle, l'environnement de travail ainsi que les pratiques de gestion. Depuis le 21 juillet 2015, l'Institut détient la certification du Bureau de normalisation du Québec, à savoir que les pratiques organisationnelles en faveur de la santé en milieu de travail sont conformes aux exigences de la norme Entreprise en santé.

Activités de reconnaissance

- **Gala reconnaissance, édition 2017**
La huitième édition du gala reconnaissance de l'Institut a eu lieu le 6 juin 2017. Plus de 336 personnes ont pu assister au dévoilement des personnes et des équipes mises en nomination et lauréates des quinze catégories.
- **Soirée hommage pour les personnes ayant atteint 25 années de service et les personnes retraitées**
Cette soirée hommage a eu lieu le 25 octobre 2017. Un total de 55 personnes ont atteint 25 années de service ou ont pris leur retraite entre octobre 2016 et septembre 2017.

Système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST) – Norme CSA-Z1000-15

Divers travaux ont été effectués pour l'implantation du SMSST : actualisation des matrices des risques, dont l'identification et l'évaluation des risques ainsi que l'élaboration des plans d'action (mise en place de mesures correctives et préventives) dans différents secteurs d'activité. En conformité avec son plan d'action SST, la Direction des services techniques s'est très bien mobilisée dans la réalisation de plusieurs actions visant à fournir un milieu de travail sain et sécuritaire.

Tableau de bord

Le comité a reçu et a analysé à chacune des rencontres un tableau de bord lui permettant de suivre efficacement les indicateurs en gestion des ressources humaines, notamment le taux d'heures supplémentaires, le profil de la main-d'œuvre ainsi que le ratio d'assurance salaire.

Bilan des plaintes des situations conflictuelles en milieu de travail

Dans le cadre de l'application de la politique visant à prévenir et à gérer les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) intervient auprès d'individus ou des équipes de travail afin de favoriser un milieu de travail sain et harmonieux. Il est à noter que cette politique a été mise à jour en novembre 2017.

État de situation des griefs

Le comité a pris connaissance du rapport ayant trait à l'état de situation des griefs pour l'année 2016-2017.

Système de gestion

Le comité a suivi avec intérêt les travaux de mise en place du système de gestion qui s'inscrit dans le cadre de ses priorités organisationnelles 2017-2018 ainsi que dans le cadre de l'amélioration continue *Lean*. Le bilan de l'an 1 de ce nouveau style de gestion est positif, avec un haut taux de satisfaction, notamment par l'efficacité de la mise en place de caucus et de stations visuelles instaurés dans les différentes directions.

Processus d'appréciation du rendement des ressources humaines (cadres et personnel de l'Institut)

Le comité a analysé le rapport portant sur l'appréciation de la contribution du personnel syndiqué et du personnel d'encadrement pour l'année 2016-2017. Une légère augmentation est observée au nombre d'appréciations de la contribution pour le personnel syndiqué. Tous les gestionnaires en place au 31 mars 2018 ont été évalués.

Mise en place ou révision de politiques relatives à la gestion des ressources humaines

Le comité a pris connaissance des travaux réalisés à l'égard des politiques suivantes :

- politique visant à prévenir et à gérer les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail;
- politique relative à la gestion des équipements de protection individuelle.

Autres sujets

Tableau de suivi des risques organisationnels en ressources humaines :

- risque de rupture de service dans les soins critiques reliée à un manque de main-d'œuvre qualifiée;
- risque d'un manque d'une main-d'œuvre de préposé aux bénéficiaires (PAB) considérant les besoins importants ainsi que la présence de pénurie de PAB sur l'ensemble du territoire.

M^{ME} CLAUDIA BOULANGER

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION (CAUI)

Le comité a tenu quatre réunions régulières et une réunion extraordinaire pour la nomination du nouveau directeur de l'axe de recherche en obésité-métabolisme.

BILAN DES ACTIVITÉS

Volet enseignement

Ce volet couvre la formation des stagiaires de toutes les disciplines de la santé ainsi que des résidents en médecine, les activités de télé-enseignement, de télésanté et celles de téléconsultation pour les partenaires des régions du RUIS-UL, ainsi que les activités de soutien incluant la bibliothèque et les services audiovisuels :

- examen des résultats de la visite d'agrément du Collège des médecins du Québec;
- suivi de la priorité organisationnelle du centre du savoir dans le cadre du projet clinique global;
- suivi du projet *Lean* pour le Service de l'audiovisuel;
- bibliothèque : examen de la problématique d'augmentation des coûts des abonnements et coordination régionale;
- financement des coûts pour les résidents à l'Unité de médecine familiale et au groupe de médecine familiale universitaire;
- évaluation des besoins de garde des résidents.

Volet recherche

Ce volet couvre le développement du Centre de recherche et la participation de l'Institut aux activités de coordination régionale :

- suivi de la production du plan de développement de la recherche 2018-2022, de la demande de subvention d'infrastructure et de la visite d'évaluation du Centre par le FRQS;
- suivi de la réalisation des projets majeurs : phase V de l'agrandissement du Centre de recherche (priorité organisationnelle), laboratoire de cathétérisme dédié à la recherche;
- début des activités de la Chaire d'excellence en recherche du Canada et arrivée du titulaire;
- projet d'incubation d'entreprises et suivi du dossier Oxynov;
- examen de la planification budgétaire triennale de la recherche;
- nomination du nouveau directeur de l'axe de recherche en obésité-métabolisme.

Volet évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

Ce volet permet d'identifier les meilleures pratiques et de rendre les résultats disponibles aux partenaires :

- suivis de la mise en place de la structure locale ÉTMIS;
- présentation et suivis des projets ÉTMIS : mise en place d'un tableau pour faciliter le suivi des projets.

M^{ME} LINE GRISÉ

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES (CRTI)

BILAN DES ACTIVITÉS

Aggrandissement en façade pour la consolidation de l'électrophysiologie

Le projet de l'agrandissement en façade pour la consolidation de l'électrophysiologie, débuté en mars 2016, se terminera au printemps 2018. Le programme et les coûts sont toujours en contrôle, entraînant une légère économie budgétaire. Pour assurer un contrôle effectif des impacts sur les activités cliniques, la Direction des services techniques a mis en place une gouverne spécifique pour la portion « Prise de possession » du projet. Au moment de la rédaction de ce rapport, les salles 6 et EP3 étaient fonctionnelles.

Plan directeur immobilier/plan clinique

Les 16 et 17 mai 2018 a eu lieu la quatrième et dernière activité du projet de plan clinique : définir la solution immobilière en lien avec notre vision clinique. Au terme de l'activité, une solution immobilière a été retenue et elle fera l'objet de présentations ultérieurement. L'établissement s'engage maintenant dans une phase de représentation pour obtenir les appuis régionaux et ministériels au support de l'actualisation d'un projet immobilier majeur, capable de soutenir la consolidation et le développement de l'établissement pour les prochaines décennies.

Équipements médicaux spécialisés

Les projets majeurs réalisés sont :

- planification et mise en marche des équipements de trois salles complètes d'électrophysiologie, de la nouvelle salle 6, du bloc opératoire et de la salle hybride lors du projet de la phase I de l'agrandissement façade (fin en mai 2018);
- remplacement des analyseurs de biochimie des laboratoires (conformément à l'entente OPTILAB);
- remplacement des baies d'hémodynamie (XIM);
- remplacement du parc d'échographes cardiaques du bloc opératoire et du secteur d'échographie cardiaque (phase I);
- remplacement des ventilateurs de transport en thérapie respiratoire et aux soins respiratoires à domicile;

- remplacement des autotransfuseurs;
- remplacement et bonification du parc de vidéolaryngoscopes du bloc opératoire et des unités de soins;
- remplacement des réchauffeurs de sang;
- remplacement des bains à ultrason à l'unité de retraitement des déchets médicaux;
- remplacement des moniteurs physiologiques compacts « SPOT » et bonification des unités de soins avec des moniteurs de ce type;

Ressources informationnelles

Les projets majeurs réalisés sont :

- mise à jour du système des laboratoires;
- plan de soins informatisés (IPlan) –
Projet en réalisation en 2017-2018 (mise en production : de février à septembre 2018).

M. DANIEL GILBERT

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS-CONSEILS DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET D'ENSEIGNEMENT (CÉCE)

BILAN DES ACTIVITÉS ET FAITS SAILLANTS

Le 13 juin 2017, le conseil d'administration (CA) a aboli le comité d'éthique de l'enseignement et il a modifié le nom du comité d'éthique clinique de la manière pour celui de comité d'éthique clinique et de l'enseignement (CÉCE).

De plus, le CA a convenu de confier à ce comité le mandat d'examiner les problèmes ou les dilemmes liés à l'éthique de l'enseignement, l'ajout de cette fonction étant nécessaire jusqu'à ce que la réflexion portant sur la gouvernance globale en éthique, présentement en cours, soit réalisée et qu'elle permette d'adopter un cadre conceptuel en éthique.

La composition du comité a été portée à seize membres au lieu de quatorze, en y ajoutant le directeur de l'enseignement et des affaires universitaires ainsi qu'un représentant des étudiants, afin de permettre que le comité dispose de l'expertise pertinente en matière d'éthique de l'enseignement.

Ainsi, le CÉCE devient la ressource de référence pour toute question de nature éthique dans l'établissement autres que celles normalement présentées au comité d'éthique de la recherche. Il émet son opinion à la lumière des normes éthiques de même que professionnelles et autres normes existantes ainsi qu'à la

lumière de principes généraux aux plans juridique et scientifique, après avoir obtenu un consensus au sein de ses membres.

D^{RE} LISE TREMBLAY

Pneumologue

Coprésidente du comité

M. ALAIN DOMPIERRE

Intervenant en soins spirituels

Coprésident du comité

INSTANCES DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CÉR)

Au cours de la dernière année, le comité d'éthique de la recherche a tenu onze réunions et les activités réalisées se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité d'éthique de la recherche (CÉR) est un comité désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 21 du Code civil du Québec. Ce comité relève du conseil d'administration de l'établissement. Du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, 139 nouveaux projets de recherche ont démarré à l'Institut. Parmi ceux-ci, 107 ont été évalués par le CÉR de l'Institut tandis que 32 projets ont obtenu une approbation éthique délivrée par un autre CÉR du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Au 31 mars 2018, 615 projets étaient en cours à l'Institut. Durant l'année, le suivi éthique continu des protocoles de recherche a nécessité une correspondance soutenue entre les chercheurs et le CÉR (1 447 communications écrites).

Réalisations de la dernière année :

- le guichet unique de la recherche a offert aux équipes de recherche une rencontre d'information et d'échange sur divers thèmes touchant la recherche chez l'humain, dont le suivi éthique des projets;
- avancement des travaux afin d'élargir la portée du consentement général à la recherche et d'optimiser son utilisation à l'Institut;
- mise à jour du guide à l'intention des chercheurs pour soumission de nouveaux projets et suivi des projets en cours;
- poursuite des travaux d'amélioration continue impliquant, entre autres, l'épuration des dossiers archivés et la diminution de l'impression des documents;
- contribution à l'élaboration, par la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique à l'élaboration du cadre de référence en matière d'éthique;
- participation à des ateliers et groupes de travail pour le développement de la Plateforme collaborative en santé durable PULSAR (initiative de l'Université Laval et de l'Alliance santé Québec);

- organisation, en collaboration avec le CÉR du CHUM, d'une journée de mise en commun des CÉR et du RSSS qui s'est tenue le 24 janvier 2018. Le président sortant, le Dr Franck Molin, a fait deux présentations : « Consentement général à la recherche, principes et applications » et « Échanges sur l'approbation de la création de mise en banque d'échantillons à des fins de recherches futures par les compagnies privées »;
- participation au comité scientifique de la journée d'étude des CÉR du MSSS le 20 octobre 2017 et au comité consultatif du septième Colloque sur l'éthique et l'intégrité scientifique du Réseau en santé respiratoire du FRQS qui aura lieu à l'automne 2018.

D^{RE} JAMILA CHAKIR
Chercheuse, PhD
Présidente du comité

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES (CGRC)

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité s'est rencontré à sept reprises et les activités réalisées se résument comme suit :

- **Faire la promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents :**
 - activité réalisée dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des usagers;
 - publication d'articles dans le bulletin L'Institut;
 - formation lors de l'accueil des nouveaux employés;
 - soutien spécifique apporté aux secteurs dans le but d'améliorer la gestion des événements, le traitement des déclarations et de la divulgation des accidents avec conséquences pour les usagers;
 - diffusion des rapports d'enquête des événements sentinelles aux caucus cliniques et administratifs.
- **Prendre connaissance des principaux risques**
- **Prendre connaissance des rapports sur les incidents et accidents transfusionnels**
- **Faire un rapport à chaque trimestre aux instances de l'établissement concernant les principaux risques d'incidents et d'accidents**
- **Faire l'analyse approfondie de huit événements sentinelles et émettre les 13 recommandations aux directions concernées**
- **Suivre les travaux du comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments et du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et de la prévention des chutes.**

RÉALISATIONS AU REGARD DES PRINCIPAUX RISQUES

- **Prévention et contrôle des infections nosocomiales**
 - Suivi du plan d'action en prévention et contrôle des infections ainsi que le suivi des résultats des audits en lien avec l'hygiène des mains
- **Sécurité des médicaments**
 - Installation d'un cabinet de médicaments afin de mieux contrôler l'accès aux narcotiques et substances contrôlées sur l'unité de soins concernée
 - Révision du processus d'utilisation et d'entreposage des stylos injecteurs d'insuline ainsi que la gestion de ceux-ci au départ de l'utilisateur
 - Réalisation d'audits sur l'application de la politique d'identification de l'utilisateur
 - Élaboration d'un processus de rétroaction aux prescripteurs les avisant de la non-conformité à la politique relative aux modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments
- **Prévention des chutes**
 - Réalisation d'une vidéo, d'une affiche explicative sur l'utilisation sécuritaire du verticalisateur Sara Stedy et révision du processus de formation des intervenants
- **Réduction des risques liés aux traitements**
 - Optimisation des processus de demande d'examen en radiologie
 - Révision de la procédure d'utilisation et de gestion des télémétries.
 - Mise à jour de la méthode de soins relative au retrait du cathéter veineux central non tunnelisé (percutané)
 - Élaboration des documents facilitant une communication efficace et efficiente entre tous les intervenants lors de l'administration d'une quantité importante de produits sanguins

ÉTAT DE SITUATION DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

Cette année, 3 629 événements ont été déclarés. De ceux-ci 92 % n'ont eu aucune conséquence pour les usagers.

Voir tableau page suivante

Répartition des événements déclarés selon leur nature

NATURE D'ÉVÈNEMENT	INCIDENT		ACCIDENT		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%
MÉDICAMENT	252	6,9 %	1 709	47,1 %	1 961	54,0 %
CHUTE	0	0,0 %	508	14,0 %	508	14,0 %
TRAITEMENT	126	3,5 %	185	5,1 %	311	8,6 %
AUTRES	140	3,9 %	84	2,3 %	224	6,2 %
RDM/MMUU	184	5,1 %	0	0,0 %	184	5,1 %
TEST DE LABORATOIRE	48	1,3 %	67	1,8 %	115	3,2 %
LIÉ AU MATÉRIEL	57	1,6 %	42	1,2 %	99	2,7 %
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	51	1,4 %	22	0,6 %	73	2,0 %
DIÈTE	14	0,4 %	48	1,3 %	62	1,7 %
LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	7	0,2 %	44	1,2 %	51	1,4 %
TEST D'IMAGERIE	6	0,2 %	22	0,6 %	28	0,8 %
LIÉ AU BÂTIMENT	10	0,3 %	2	0,1 %	12	0,3 %
ABUS/AGRESSION/HARCÈLEMENT/INTIMIDATION	0	0,0 %	1	0,0 %	1	0,0 %
TOTAL	895	24,7 %	2 734	75,3 %	3 629	100,0 %

M^{ME} CAROLE LAVOIE

Adjointe à la directrice de la qualité,
de l'évaluation et de l'éthique
Présidente du comité

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, elle exerce exclusivement les fonctions prévues selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et respecte la procédure établie dans le Règlement relatif à la procédure d'examen des plaintes des usagers de l'Institut (R-32).

Au cours de l'année 2017-2018, 271 dossiers ont été ouverts. De ce nombre, 74 dossiers étaient des plaintes générales alors que 21 étaient des plaintes médicales. En ce qui concerne les autres demandes reçues par la commissaire, 58 dossiers étaient des demandes d'intervention, 71 des demandes d'assistance et 47 des demandes de consultation. De tous les dossiers de plaintes (générales et médicales), deux faisaient référence à de la maltraitance.

Lorsqu'on observe la répartition des motifs des plaintes générales, ce sont les relations interpersonnelles qui arrivent au premier rang, dans une proportion de 23 %, suivi par l'accessibilité

à 19 %, de l'aspect financier à 19 %, des soins et services à 16 %, de l'organisation du milieu et des ressources matérielles à 14 % et des droits particuliers à 9 %.

Au total, 5 recommandations ont été émises afin d'améliorer la qualité des soins et services dispensés. Celles-ci étaient en lien avec l'approche aux familles, l'accessibilité aux services et l'information à donner lors du choix de chambre. À la fin de l'exercice, deux d'entre elles étaient réalisées. Les mesures mises en place ont été de la formation dispensée au personnel et une mise à jour des procédures déjà établies. À ces recommandations, s'ajoutent des mesures correctives pour 89 % des motifs de plaintes; dont des rencontres individuelles, des activités de sensibilisation, un ajustement des activités professionnelles, etc.

Au cours de l'année, un seul dossier de plainte a fait l'objet d'une demande auprès du Protecteur du citoyen et aucune recommandation n'a été émise à la suite de l'analyse de celui-ci. Les dossiers de plaintes ont été conclus dans une proportion de 99 % à l'intérieur des 45 jours visés par le régime d'examen des plaintes.

Pour ce qui est du médecin examinateur, les soins et services ont été les motifs les plus fréquents dans une proportion de 55 %, suivis des relations interpersonnelles à 41 % et de l'accessibilité à 4 %. Tous les médecins concernés ont été rencontrés. Une plainte a été rejetée sur examen sommaire et un dossier a fait l'objet d'une demande de révision. Dans une proportion de 50 %, les plaintes médicales ont été résolues à l'intérieur de 45 jours.

BILAN DES ACTIVITÉS

Tout au long de l'année, la commissaire a participé à diverses activités visant l'amélioration de la qualité des services. De plus, plusieurs activités de promotion pour faire connaître son rôle ont eu lieu auprès de différents groupes d'intervenants afin qu'ils puissent ainsi mieux informer les usagers de leurs droits.

Pour chacune des interventions effectuées et des recommandations émises, toutes les personnes concernées ont démontré une grande collaboration et un bel engagement à trouver des pistes d'amélioration de la qualité des services ainsi que du respect des droits des usagers.

Le 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 est disponible sur le site Internet de l'Institut : IUCPQ.qc.ca, dans l'onglet SOINS ET SERVICES, section Usagers > Satisfaction / amélioration / plaintes.

M^{ME} LUCIE PAQUET

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE RÉVISION

Composition

M^{me} Charlaïne Bouchard, présidente

D^r Francis Laberge

D^r Onil Gleeton

Le mandat du comité est défini dans le Règlement relatif à la régie interne du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval.

Au début de l'année 2017-2018, deux dossiers de l'année précédente étaient à l'étude. Au cours de l'année, un seul dossier a fait l'objet d'une demande de révision. Après analyse par ce comité de révision, les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées pour tous les dossiers.

Dans tous les cas, les usagers ont été entendus afin de leur permettre de préciser certains éléments et de recevoir de la part des membres du comité des explications supplémentaires.

En ce qui a trait aux motifs de plaintes invoqués, ceux-ci étaient en lien avec les soins et les services dispensés de même que les relations interpersonnelles.

Pour ce qui est du délai pour rendre ses conclusions, le comité n'a pu respecter le délai prévu selon la LSSSS, soit celui de 60 jours suivant la réception de la demande de révision, et ce, par la difficulté d'avoir des disponibilités communes pour la planification des rencontres avec les différentes personnes impliquées.

M^{me} CHARLAÏNE BOUCHARD

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES USAGERS (CU)

Composition

M. Marius Plante, président

M^{me} Suzanne Michaud-Belzile, vice-présidente

M. Clément Bérubé, secrétaire

M. Germain Lépine, trésorier

M^{me} Lucie Bélanger

M. Denis Bouffard

M. Daniel Gagné

M^{me} Sylvie Houde

M. Yves Larose

Mandat

Le mandat du comité est défini dans le Règlement relatif à la régie interne du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Il découle de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, aux articles 209 à 212.

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité a tenu sept réunions au cours de l'année et une assemblée générale annuelle des usagers. Une très grande participation des membres aux réunions du comité et aux activités-rencontres avec les usagers est à souligner :

- organisation et réalisation d'une enquête structurée de satisfaction auprès de la clientèle en oncologie pulmonaire;
- participation de membres désignés à de nombreux comités au sein de l'établissement, comme le comité de gestion des risques cliniques et le comité d'éthique clinique. Participation également à diverses activités de consultation;
- communications avec les usagers ou avec leurs proches lors de visites aux malades;
- quatre visites collectives des usagers, au cours desquelles près de 700 usagers rencontrés ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité;
- organisation de tournées dans les unités à diverses occasions spéciales de l'année (ex. : période des fêtes, Pâques, fête des Mères et des Pères);
- remise de dépliants d'information;
- révision du dépliant promotionnel;
- financement des opérations d'analyse du degré de la satisfaction de la clientèle (questionnaires de sondage), en partenariat avec l'établissement;
- analyse et suivi systématique des commentaires déposés par les usagers dans des boîtes installées à cette fin à divers endroits de l'établissement. La représentante de la direction de l'établissement et la commissaire aux plaintes assistent à ces rapports, discutent de la situation et, lorsque requis, apportent les suivis de façon très satisfaisante;
- participation à la révision de la politique d'évaluation de la satisfaction des usagers;
- participation au plan de circulation et de signalisation;
- participation à la révision de la procédure de cueillette des commentaires;
- participation à la révision du règlement sur les heures de visite aux usagers hospitalisés;
- commentaires émis sur les projets de services aux usagers : patient partenaire, approche à la personne âgée, accès aux services pour les personnes handicapées, clientèle de niveau de soins alternatifs, etc.;
- participation de tous les membres à des colloques ou à des activités de formation afin d'approfondir les rôles spécifiques des comités d'usagers.

M. MARIUS PLANTE

Membre du conseil d'administration

Président du comité

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Note : Ce rapport a été rédigé avant l'application de la structure départementale découlant de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Formation

Un CMDP est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens (Réf. : LSSSS, art. 213). Les responsabilités du CMDP sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens désignés par le conseil, du directeur général et du directeur des services professionnels ou, lorsqu'aucun directeur des services professionnels n'est nommé, du médecin que le directeur général désigne. Le comité exécutif exerce tous les pouvoirs du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (Réf. : LSSSS, art. 217).

Composition du comité exécutif

D^r Bruno Raby, président

D^r Éric Dumont, vice-président

M^{me} Julie Racicot, secrétaire-trésorière

D^{re} Marie-Claude Vézina, première conseillère

D^r Sébastien Robert, deuxième conseiller

M. Denis Bouchard, président-directeur général

D^r François Aumond, directeur des services professionnels

Était également invité à siéger aux réunions du comité exécutif le **D^r Sylvain Chouinard**, membre désigné au conseil d'administration.

BILAN DES ACTIVITÉS

Cette année encore, le comité exécutif du CMDP a assumé ses responsabilités sur divers aspects de l'organisation technique et scientifique de l'établissement, les règles d'utilisation des ressources et la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques, et ce, en s'assurant de la qualité et de la pertinence des soins, notamment par la vérification et l'observation des règles de soins, protocoles ou ordonnances collectives. Dans le cadre de cet exercice, le comité exécutif du CMDP a tenu dix réunions régulières et a adopté sept résolutions hors réunion. Le président du comité exécutif ou son représentant, le cas échéant, et d'autres membres du CMDP ont assisté aux réunions de plusieurs comités et se sont joints à des groupes de travail dans le cadre de dossiers importants.

Hygiène des mains des médecins

L'hygiène des mains des médecins a fait l'objet de critiques de la part du conseil d'administration. Bien que la performance de l'Institut quant au contrôle des infections nosocomiales soit irréprochable malgré un bâtiment vétuste, le comité exécutif du CMDP a pris les mesures appropriées pour corriger la statistique défavorable sur l'hygiène des mains des médecins. Ces mesures ont déjà eu un effet bénéfique tel qu'en témoigne le dernier audit sur le sujet.

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux

Beaucoup de discussions ont porté sur l'application de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux. L'Institut doit changer sa structure de départements pour s'y conformer. Enfin, la qualité du dévouement et de l'engagement des membres de l'exécutif du CMDP mérite d'être soulignée.

Renouvellements de nomination et de privilèges (juin 2017 à mai 2018)

Durant le processus de renouvellement de nomination de l'an dernier, les membres n'ayant pas fourni les preuves nécessaires de formation continue ont renouvelé leur nomination pour une période d'un an débutant le 1^{er} janvier 2017 et se terminant le 31 décembre 2017. Ces membres ont présenté les preuves nécessaires pour leur renouvellement de nomination à l'automne 2017.

Non-renouvellements de privilèges, démissions et départs à la retraite (juin 2017 à mai 2018)

Il est à noter qu'avec l'intégration de la gestion des techniciens et des appareils de laboratoire de l'Institut à l'intérieur de la grappe de la Capitale-Nationale du projet OPTILAB, la majorité des membres du Département des laboratoires de biologie médicale ne sont plus membres du CMDP de l'Institut.

Comités et responsables

Comité d'examen des titres	D ^r Bernard Noël
Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	D ^r Stéfane Lebel
Comité de médecine transfusionnelle	D ^r François Dubé
Comité de pharmacologie	M ^{me} Isabelle Cloutier
Comité de réanimation cardiorespiratoire	D ^r Mathieu Simon

Les rapports annuels de ces comités sont disponibles pour consultation au secrétariat du CMDP.

D^r BRUNO RABY
Pneumologue
Président du conseil

COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP)

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité a tenu quatre réunions d'avril 2017 à la fin de mars 2018.

Règlements

Le comité doit être formé d'un minimum de sept membres. À l'Institut, il est composé de seize membres réguliers.

Gestion des revues de décès et morbidités

Le comité s'assure que la revue des décès est faite dans chaque service et que chacun présente le fruit de ses analyses aux réunions du CEMDP.

Réponse à des demandes précises de revue de décès

Deux cas de décès ayant été traités à l'Institut et dans un autre centre ont été revus à la demande du CMDP.

Revue de littératures en morbidité présentées en cours d'année :

- les complications aériennes des accès veineux;
- les complications abdominales associées à la transplantation pulmonaire : le pneumopéritoine et la gastroparésie.

Activité : Qualité de l'acte

Des projets déposés au comité ont été discutés :

- thromboprophylaxie médicale;
- tableau posologique en obésité extrême;
- optimisation de la gestion des soins de fin de vie incluant l'aide médicale à mourir;
- respect des objectifs clinique à la clinique de suivi d'insuffisance rénale;
- indication d'antibioprophylaxie lors de cholécystectomie.

Développement

Afin de toujours viser une amélioration des soins, deux formulaires ont été développés :

Formulaire de décès :

- standardiser la note au décès;
- augmenter le don de tissus et d'organes.

Formulaire de transfert du bloc vers les unités de soins intensifs.

D^r STÉFANE LEBEL
Chirurgien général
Président du comité

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Composition

D^r Mathieu Bernier, cardiologue

M^{me} Nathalie Châteauvert, pharmacienne

M^{me} Isabelle Cloutier, pharmacienne, présidente

D^{re} Isabelle Kirouac, interniste

D^r Noël Lampron, pneumologue

M^{me} Julie Racicot, pharmacienne, secrétaire

D^r Sébastien Robert, cardiologue

D^{re} Annie Rousseau, anesthésiste

Invités :

D^r François Aumond, directeur des services professionnels

M^{me} Véronique Paradis, conseillère cadre aux activités cliniques

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité de pharmacologie s'est réuni à six reprises. Lors de ces réunions, quinze ordonnances collectives, dix protocoles, 20 ordonnances individuelles standardisées, un avis de Santé Canada, une revue d'utilisation d'un médicament et six demandes d'ajout d'un médicament au formulaire de l'Institut ont été présentés et discutés.

Ordonnances collectives

- OC-004 : Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques chez un usager se présentant à l'urgence pour une douleur rétrosternale (DRS)
- OC-037 : Préparation des usagers à une procédure d'hémodynamie
- OC-068 : Ajustement du mode et de la fréquence d'administration des médicaments en inhalation
- OC-071 : Ajustement du furosémide chez l'usager insuffisant cardiaque
- OC-100 : Ajustement des B-Bloquants chez l'usager insuffisant cardiaque.
- OC-101 : Ajustement d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine chez l'usager insuffisant cardiaque
- OC-102 : Ajustement d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II chez l'usager insuffisant cardiaque
- OC-106 : Traitement d'une réaction d'hypersensibilité chez les usagers recevant une perfusion de chimiothérapie
- OC-138 : Initiation et ajustement d'une statine et/ou de l'ézétimibe dans le traitement et la prévention des maladies cardiovasculaires
- OC-139 : Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque

- OC-159 : Initier des mesures thérapeutiques chez l'usager recevant des soins palliatifs ou de fin de vie
- OC-182 : Application de mupirocin intranasal (Bactrobanmd)
- OC-187 : Ajustement d'un inhibiteur de la néprilysine / antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II chez l'usager insuffisant cardiaque
- OC-188 : Arrêt d'un nitrate à longue action suite à une intervention coronarienne percutanée avec ou sans implantation de tuteur coronarien
- OC-190 : Arrêt préopératoire de médicaments avant une chirurgie cardiaque, bariatrique ou thoracique

Protocoles

- PRO-142 : Ajustement des suppléments de vitamine D (D2 et D3) **per os** postdérivation biliopancréatique
- PRO-146 : Ajustement des suppléments de calcium **per os** en postdérivation biliopancréatique
- PRO-159 : Ajustement de la vitamine A postdérivation biliopancréatique
- PRO-167 : Anticoagulation générale Sustained low efficiency dialysis (SLED)
- PRO-169 : Ajustement des suppléments de fer **per os** en postdérivation gastrique en Y-de-Roux
- PRO-170 : Ajustement des suppléments de calcium **per os** en postdérivation gastrique en Y-de-Roux
- PRO-171 : Ajustement des suppléments de vitamine D (D2 et D3) **per os** postdérivation gastrique en Y de Roux
- PRO-172 : Ajustement des suppléments de vitamine D **per os** postgastrectomie pariétale seule
- PRO-173 : Ajustement des suppléments de fer **per os** en postgastrectomie pariétale seule

Protocole aboli

- PRO-158 : Ajustement des suppléments de fer **per os** en postdérivation biliopancréatique

Ordonnances individuelles standardisées

- Admission au 6^e SI
- Aide à la cessation tabagique
- Analgésie contrôlée par le patient (ACP)
- Argatroban – thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH)
- Chirurgie – Inscription liste d'accès
- Chirurgie bariatrique postopératoire
- Citrate de sodium Sustained low efficiency dialysis (SLED)
- Daptomycine (Cubicinmd)

- Gestion des anticoagulants en période périprocédurale – Antivitamine K
- Gestion des anticoagulants oraux directs en période périprocédurale
- Neutropénie fébrile à l'urgence
- Nutrition parentérale totale (NPT)
- Oncologie (gabarit d'ordonnance vierge)
- Oncologie carboplatine-paclitaxel – Radiothérapie cancer de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne
- Oncologie cisplatine fluorouracile – Radiothérapie – Cancer de l'œsophage
- Sepsis sévère ou choc septique – Urgence
- Sustained low efficiency dialysis (SLED)
- Triple thérapie antithrombotique
- Vaccination – Pneumocoque
- Ventilation en décubitus ventral

Revue d'utilisation d'un médicament

- Argatroban

Formulaire et tableau

- Formulaire de liaison de l'infirmier au pharmacien – Mupirocin intranasal
- Tableau des formats de seringues des héparines de faible poids moléculaire (mise à jour)

Addition à la liste des médicaments

- Insuline glargine (Basaglar^{md})
- Probenécide
- Dulaglutide (Trulicity^{md})
- Rifaximine (Zaxin^{md})
- Sacubitril / valsartan (Entresto^{md})

Médicament ajouté à la liste des antidotes

- Catibant (disponible seulement au cabinet de l'urgence)

Un avis de Santé Canada a été discuté et le suivi a été fait aux personnes concernées. Deux formulaires de déclaration d'une réaction indésirable à un médicament ont été révisés. Un suivi assidu des ruptures d'inventaire a été réalisé. Le comité de pharmacologie exerce une vigie sur les travaux de ses deux sous-comités, soit le comité de diabète et le comité d'anticoagulothérapie.

Conclusion

Au cours de la dernière année, les membres du comité ont fait preuve d'un engagement constant lors des discussions et de l'analyse des points portés à l'ordre du jour, ce qui a permis une continuité des activités requises par le mandat du comité. Les membres du comité ont su s'adapter et répondre au mandat élargi au cours des dernières années.

M^{me} ISABELLE CLOUTIER

Pharmacienne

Présidente du comité

M^{me} JULIE RACICOT

Pharmacienne

Secrétaire

COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Composition

M^{me} Josée Beaudet, conseillère cadre aux activités cliniques

M^{me} Isabelle Cloutier, pharmacienne

D^r Philippe Gervais, microbiologiste-infectiologue

D^r Frédéric Jacques, chirurgien cardiaque

D^r Noël Lampron, pneumologue

M^{me} Bianka Paquet-Bolduc, chef de service prévention et contrôle des infections (PCI)

D^r Isabelle Plamondon, néphrologue

M^{me} Julie Racicot, pharmacienne, secrétaire

D^r Jean-François Roussy, infectiologue-microbiologiste, président

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques s'est réuni à deux reprises. Conformément à son mandat, le comité a fait le suivi de la consommation des antibiotiques (surveillance quantitative) et il a réalisé des activités de surveillance qualitative. Il s'est également penché sur plusieurs dossiers et études réalisées par des résidents, des étudiants ou des stagiaires :

- étude descriptive sur l'utilisation de l'ertapenem;
- analyse descriptive de l'utilisation des antifongiques dans les établissements du CHU de Québec;
- durée de traitement des antibiotiques **per os**;
- principes directeurs pour l'harmonisation régionale des recettes ATIVAD Club de lecture : Roles of Infectious Diseases consultant Pharmacists and Antimicrobial stewardship Pharmacists : A survey of Canadian tertiary care academic Hospitals.

Projets retenus

- Élaboration d'une ordonnance individuelle standardisée pour le traitement de la cellulite
- Bulletin et OIS sur les infections de la peau et des tissus mous à l'urgence
- Révision de la politique relative à l'émission et l'exécution des ordonnances quant à la durée de traitement par défaut des antibiotiques oraux

Conclusion

Au cours de la dernière année, les membres ont finalisé la mise en place du programme de surveillance prospective des antibiotiques par les pharmaciens sur l'ensemble des unités de soins, conformément à la pratique organisationnelle requise par Agrément Canada. Le bulletin 6, portant sur la bactériurie asymptomatique, a été publié.

D^r JEAN-FRANÇOIS ROUSSY
Infectiologue-microbiologiste
Président du comité

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Faits saillants

Les membres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) ont participé à six réunions régulières et à six séances de travail. Ils ont collaboré avec la Direction des soins infirmiers à cibler certains enjeux cliniques pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Des formations, des plans d'action et des révisions de procédures ont découlé de cette démarche. Des avis et des recommandations ont également été émis sur différents dossiers cliniques. Pour favoriser le transfert des connaissances, six dîners cliniques ont été organisés et offerts aux partenaires du réseau par visioconférence.

Enfin, les membres du CECII ont fait preuve d'un sens critique exemplaire et d'un engagement notoire. Ils comptent demeurer disponibles et impliqués auprès de leurs membres afin de collaborer à une prestation de soins infirmiers de qualité et à un développement optimal de la pratique infirmière.

M. SÉBASTIEN DUBOIS
Infirmier
Président par intérim

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Le conseil multidisciplinaire (CM) représente plus de 400 professionnels qui englobent près de 23 titres d'emplois différents.

Composition

M^{me} Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en réadaptation, présidente

M^{me} Valérie Langlois, physiothérapeute et chargée de projet NSA, vice-présidente et représentante à l'Instance régionale

M. Serge Simard, biostatisticien, secrétaire et membre élu au conseil d'administration

M^{me} Cassiopée Paradis-Gagnon, coordonnatrice technique en thérapie respiratoire, représentante à l'Instance régionale

M^{me} Carmen Paquette, agente de programmation, planification et recherche au PPMC, coresponsable des comités de pairs

M^{me} Justine Couture, technologue en radiologie, coresponsable des comités de pairs, membre invitée

M^{me} Vicky Courtois-Plourde, archiviste médicale, membre invitée

M^{me} Cynthia Lévesque, nutritionniste, membre invitée

M^{me} Nancy Boily, directrice des services multidisciplinaires

M. Denis Bouchard, président-directeur général

Mandat

Le CM formule des avis et des recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique ainsi que sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres. Il a pour mandat de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement. Il doit, de plus, assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration (LSSSS, art. 227).

Objectifs spécifiques :

- améliorer le processus de fonctionnement des comités de pairs selon le cadre de référence de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ);
- organiser une activité ayant comme thème l'interdisciplinarité dans le cadre des activités du centenaire de l'établissement (report);

- rédiger et appliquer un plan d'action concerté avec le représentant de la direction dans le cadre du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC);
- faire un suivi de la collecte multidisciplinaire de données dans le cadre de l'informatisation de la collecte de données initiale;
- initier et assurer le suivi de nouveaux projets de pairs/multidisciplinaires.

BILAN DES ACTIVITÉS

Quinze rencontres de travail, cinq réunions du comité exécutif du CM, une assemblée générale annuelle.

Cadre de référence pour le fonctionnement des comités de pairs

La diversité des professionnels représentée par le conseil multidisciplinaire génère des défis particuliers pour un comité exécutif soucieux de mettre en valeur les réalisations et le rayonnement des différents services. Devant l'étendue des mandats du CM et de la diversité des professionnels qu'il représente, l'apport des membres, notamment via les comités de pairs (CP), est donc indispensable à l'accomplissement des mandats du CM. Le présent cadre de référence poursuit l'objectif de définir les différents paramètres reliés à la mise en place de tels comités. De plus, les différents outils et formulaires en lien avec la réalisation des CP ont été intégrés.

Optimisation de la tenue du dossier médical

Le but visé est une hausse des heures de prestation de soins et services en diminuant les délais de prise en charge de la clientèle par l'optimisation de la collecte de données initiales. L'implantation débutée du iPlan a un impact incontestable sur le projet de collecte de données. La collecte de données des professionnels de la Direction des services multidisciplinaires pourra être soit intégrée au iPlan ou soit maintenue de façon manuscrite. L'avancement des travaux permettra de statuer sur l'orientation.

Mise en place de comités de pairs et multidisciplinaire

Cinq secteurs d'activités cliniques différents ont obtenu l'attribution d'un forfait d'heures pour la création d'un projet intradisciplinaire ou interdisciplinaire.

- Projet 1 : acquisition des nouvelles prescriptions et uniformisation des FADM (équipe des inhalothérapeutes) Projet 2 : mise à jour des approches d'intervention utilisées avec une clientèle ayant subi un AVC (équipes des ergothérapeutes)
- Projet multidisciplinaire 1 : développement d'un outil pour favoriser la référence systématique au programme de réadaptation du PPMC pour une clientèle au prise avec une problématique cardiovasculaire (équipe kinésiologues et physiothérapeute)

- Projet multidisciplinaire 2 : documentation des facteurs de risques et des outils conjoints ergo-nutrition pour diminuer les risques d'aspiration silencieuse (équipe nutritionniste et ergothérapeute)

Comité pour le maintien et la promotion de la compétence

Suite à sa création en 2017, le CMPC s'est doté d'un plan d'action visant d'abord à tracer le portrait actuel du processus qui entoure l'octroi des formations aux membres du conseil multidisciplinaire à l'Institut. Un sondage a donc été réalisé à cet effet auprès des membres entre décembre 2017 et janvier 2018. Les résultats obtenus ont permis de relever des pistes d'amélioration intéressantes pour l'élaboration du plan d'action de l'année 2018-2019, et ce, afin d'améliorer les outils ainsi que les moyens qui sont à la disposition des membres du conseil multidisciplinaire pour le maintien et l'amélioration de leurs compétences. Le CMPC est formé de Mmes Vicky Courtois-Plourde, archiviste médicale, Cassiopée Paradis-Gagnon, coordonnatrice technique en thérapie respiratoire, Justine Couture, technologue en imagerie médicale, et Valérie Langlois, physiothérapeute, pour représenter le CM et de Mmes Johanne Lesieur, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, ainsi que Amélie Cantin, conseillère en ressources humaines, pour les personnes désignées par la direction générale.

Instance régionale de la Capitale-Nationale

L'Instance régionale a pour but de faciliter la représentation, la synergie et la concertation entre les conseils exécutifs des comités multidisciplinaires (CECM) des trois établissements de la région de la Capitale-Nationale et les maisons d'enseignement. Les membres de l'Instance se sont rencontrés à deux reprises en 2017-2018 : le 20 septembre 2017 et le 1^{er} février 2018. Lors de la rencontre du 1^{er} février, les membres se sont penchés sur deux préoccupations communes aux établissements de la région : la reconnaissance et la valorisation du processus de supervision clinique ainsi que la collaboration interprofessionnelle (CIP). Dans les travaux à venir pour la prochaine année, chaque établissement partagera les actions concrètes entreprises ainsi que les enjeux constatés en lien avec ces deux priorités régionales. Les représentantes du CECM de l'Institut qui siègent à ce comité sont Mmes Nancy Boily, Cassiopée Paradis-Gagnon et Valérie Langlois. M^{me} Mylène Lebrun-Paré, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires, représente également l'Institut à l'Instance régionale.

Avis demandés :

- règlement relatif aux visites des usagers;
- procédure relative à la vérification de la validité des permis de pratique des personnes salariées exerçant des activités réservées aux membres d'un ordre professionnel;
- procédure relative aux codes d'alerte pour les agents pathogènes d'acquisition nosocomiale suivants : Clostridium difficile, entérocoques résistant à la vancomycine, gastroentérite d'allure virale, Staphylococcus aureus

résistant à la méthicilline et entérobactéries productrices de carbapénémases;

- ordonnance collective : Ajustement du mode et de la fréquence d'administration des médicaments en inhalation;
- protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline - Diabète de type 1;
- protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline – Diabète de type 2 ou sans antécédent de diabète;
- politique relative à l'application des niveaux de soins;
- procédure relative à l'entretien du matériel de soins non critiques (nettoyage et désinfection);

Priorités d'action pour la prochaine année :

- s'impliquer dans le cadre des travaux concernant la distinction des mandats DSM/CM/ACMQ et les ordres professionnels avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec;
- améliorer les outils et les moyens à la disposition des membres du conseil multidisciplinaire pour le maintien et l'amélioration des compétences en appliquant le plan d'action concerté dans le cadre du CMPC;
- poursuivre le suivi de la collecte multidisciplinaire de données en lien avec l'implantation du iPlan;
- organiser une activité ayant comme thème l'interdisciplinarité dans le cadre des activités du centenaire de l'établissement;
- poursuivre notre implication au sein de l'Instance régionale de la Capitale Nationale;
- initier et assurer le suivi de nouveaux projets de pairs/multidisciplinaires;
- améliorer la visibilité du CM et ses réalisations au sein de l'organisation.

M^{me} SYLVIANNE PICARD
Physiothérapeute
Présidente du conseil



ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT

Membres du conseil d'administration de l'association

M^{me} Nicole Morin, présidente

M^{me} Lucie Goulet, vice-présidente

M. Michel Boulay, secrétaire

M. Réjean Auger, trésorier

M. Jean-Louis Demers, conseiller

M^{me} Lorraine Déry, conseillère

M^{me} Marthe Hallé, conseillère

M^{me} Lise Fournier, conseillère

M^{me} Berthe Vaillancourt, conseillère



Bénévoles en action

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Préambule

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

SECTION I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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, 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 les devoirs généraux de chaque administrateur.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration :

- aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- 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 règles de déontologie et les principes d'éthique 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.

Fondement légal

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 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (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);
- la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1);
- la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (RLRQ, chapitre T-11.011).

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement tel que défini par les articles 9 et 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, aux relations, 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 : constitue l'exploitation d'une entreprise l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services.

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 le conseil d'administration.

Intérêt : désigne tout avantage, notamment de nature matérielle, financière, 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 : comme il est 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'établissement.

Personne raisonnable : une personne qui fait preuve de prudence et de diligence dans sa prise de décision, dotée d'une intelligence moyenne, mais qui, par ailleurs, ne possède pas de connaissances particulières en droit.

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

Champ d'application

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

Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Celui-ci doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique lorsque ce dernier le juge nécessaire et au moins 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.

Diffusion

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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'établissement et de la population desservie;
- remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi;
- témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites des ressources disponibles au sein de l'établissement et des services qui y sont offerts;
- 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'établissement;
- 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.

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 au point 2. 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 :

- 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.

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 et d'intimidation;
- 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 concernant les décisions prises.

Impartialité :

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

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.

Discrétion et confidentialité :

- faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci;
- faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration;
- 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.

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique :

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

Biens et services de l'établissement :

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

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.

Interventions inappropriées :

- S'abstenir d'influencer ou d'intervenir sans mandat dans le processus d'embauche d'un membre du personnel;
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

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.

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'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires d'au moins 10 % qu'il détient dans les personnes morales, sociétés ou entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre 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.

Le membre qui, en cours d'année, a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique

qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V, et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

Le membre qui est en situation de conflit 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.

SECTION 4 – APPLICATION

Adhésion au code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration

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 trente (30) 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 trente (30) 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.

Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) de voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au conseil d'administration.

Processus disciplinaire

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.

Le comité de gouvernance et d'éthique est saisi d'une plainte sur réception d'un formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI, qui doit être rempli lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document.

Le comité détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il décide des modalités de l'enquête à être tenue. Il peut notamment s'adjoindre des personnes qui ne sont pas membres du comité, s'il le juge nécessaire.

Le comité 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 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.

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.

Tout membre du comité 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 rigueur et prudence.

Le comité 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, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande,

le membre est entendu par le comité, 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.

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

Le comité fournit son rapport au conseil d'administration 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.

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.

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.

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

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.

Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la

durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

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.

Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

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

Note : Veuillez noter qu'aucun cas traité, ni manquement, n'a été constaté au cours de l'année.

STATISTIQUES ANNUELLES

STATISTIQUES ANNUELLES

Volumes d'activités
pour l'exercice terminé le 31 mars

	2017-2018	2016-2017	VARIATION		2017-2018	2016-2017	VARIATION
HOSPITALISATION				SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Nombre de lits - au permis	328	328	0,00%	Usagers traités	1 827	1 886	-3,13%
Nombre de lits - dressés	314	314	0,00%	CONSULTATIONS EXTERNES			
Admissions	15 568	15 396	1,12%	Visites	70 939	70 467	0,67%
Départs	15 598	15 436	1,05%	SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Séjours moyens (jours)	6,3	6,5	-2,68%	Usagers	683	754	-9,42%
Occupation des lits disponibles (en %)	86,3	88,1	-2,09%	ENDOSCOPIE			
				Total examens	12 369	12 151	1,79%
Total jours-présence	98 585	99 617	-1,04%	-endoscopie digestive	6 219	5 967	4,22%
-courte durée	97 913	97 915	0,00%	-endoscopie respiratoire	6 150	6 184	-0,55%
-longue durée	672	1 702	-60,52%	DIALYSE RÉNALE			
BLOC OPÉATOIRE				Total traitements	854	1 128	-24,29%
Total usagers	4 574	4 820	-5,10%	-hémofiltration	N/A	423	---
-chirurgie cardiaque	2 679	3 018	-11,23%	-hémodialyse	854	705	21,13%
-chirurgie thoracique	816	780	4,62%	HÉMATO-ONCOLOGIE			
-chirurgie générale	410	385	6,49%	Visites	6 140	6 202	-1,00%
-chirurgie bariatrique (obésité)	651	617	5,51%	Traitements	2 637	2 288	15,25%
-autres spécialités	18	20	-10,00%	MÉDECINE DE JOUR			
Heures présence des usagers	15 657	16 534	-5,30%	Jours-soins	44 431	43 911	1,18%
				Usagers	28 733	27 850	3,17%
Total usagers	4 574	4 820	-5,10%	PHYSIOTHÉRAPIE			
-hospitalisés	4 472	4 744	-5,73%	Heures de prestation	17 270	16 870	2,37%
-en chirurgie d'un jour	102	76	34,21%	ERGOTHÉRAPIE			
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE				Heures de prestation	9 900	9 886	0,14%
Procédures	11 447	11 454	-0,06%	ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
-coronarographies	4 168	4 229	-1,44%	Total examens	147 174	146 934	0,16%
-angioplasties	3 483	3 575	-2,57%	-électrophysiologie	124 854	124 906	-0,04%
-études électrophysiologiques	115	137	-16,06%	-échocardiographie	22 320	22 028	1,33%
-ablations	1 053	1 094	-3,75%	URGENCE			
-cardiosimulateurs & défibrillateurs	1 524	1 352	12,72%	Visites	26 108	26 261	-0,58%
-autres procédures	1 104	1 067	3,47%	Usagers sur civières	13 301	13 461	-1,19%
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS				Usagers ayant séjournés plus de 24 heures	1 079	1 855	-41,83%
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 537	1 367	12,44%	POLYSOMNOGRAPHIE			
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES				Examens	14 821	14 680	0,96%
Usagers greffés	28	15	86,67%	PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
IMAGERIE MÉDICALE				Examens	21 611	20 861	3,60%
Examens	128 813	127 987	0,65%	SERVICE SOCIAL			
INHALOTHÉRAPIE				Usagers	3 147	3 270	-3,76%
Unités techniques provinciales	2 957 920	2 828 895	4,56%	Usagers référés (infirmières de liaison)	4 603	4 532	1,57%
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE				ALIMENTATION			
Procédures	0	2 532 787	-100,00%	Repas	637 084	663 124	-3,93%
MÉDECINE NUCLÉAIRE				Nutrition Clinique			
Examens	19 176	19 513	-1,73%	Usagers	7 228	7 460	-3,11%



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

UN SIÈCLE DE PASSION ET D'INNOVATIONS



1^{re} rangée : M. Serge Pilon, patient en pneumologie, M. René Chabot, patient en cardiologie et
M^{me} Krystel Côté-Bouffard, patiente en chirurgie bariatrique.

2^e rangée : M^{me} Katy Ferguson, assistante-chef technologue en radiologie, M. Jérémy Verreault, inhalothérapeute,
M^{me} Ivonne Taio, préposée aux bénéficiaires et M^{me} Myriam Charest, infirmière clinicienne.

3^e rangée : D^r Charles Morasse, médecin en gériatrie, M^{me} Lucie Langlois, préposée à l'entretien ménager,
M^{me} Francine Poulin, bénévole et M^{me} Marie-Ève Boulay, professionnelle de recherche.

L'INSTITUT, PRÉSENT DANS SA COMMUNAUTÉ
ET SUR LES MÉDIAS SOCIAUX



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

DIRECTION GÉNÉRALE, COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES
2725, CHEMIN SAINTE-FOY, QUÉBEC (QUÉBEC) G 1V 4G5