INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À Université de Montréal

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019

Table des matières

1. MESSAGE DES AUTORITÉS 2

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 4

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS 5
   - L'établissement 5
   - Organigramme 6
   - Le conseil d'administration, les comités et conseils 7
   - Faits saillants 8
   - Prix et distinctions 10
   - L'ICM en chiffres 11

4. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 12

5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 21

6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 26

7. RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT 28

8. RESSOURCES FINANCIÈRES 30

9. TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS EMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 32

10. LA DIVULGATION DES ACTES REPREHENSIBLES 35

11. ANNEXE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 36

1. Message des autorités

L'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) est un centre hospitalier universitaire suprarégional de pointe dont la renommée est internationale. De par ses avancées et l'offre de service en soins de santé spécialisés qui le caractérisent, il demeure une référence tant pour son leadership en recherche clinique et fondamentale que par sa façon de se démarquer pour former les professionnels. Le volet prévention qui est au centre de son quotidien fait de l'Institut une référence de classe mondiale pour promouvoir la prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires pour allonger l'espérance de vie en santé. L'institut de Cardiologie est fier de faire partie du grand réseau d'excellence en santé formé de l'Université de Montréal et de ses établissements affiliés.

Notre croissance se poursuit

D'emblée, nous désirons remercier nos équipes et nos partenaires pour leur soutien constant qui nous permet de grandir et de croître tant dans la précision de nos diagnostics et traitements qu'en superficie. Grâce à l'apport de chacun, les résultats de l'exercice financier 2018-2019 nous permettent d'annoncer que l'année financière se termine avec un léger surplus sur un budget d'exploitation de 212 M$.

Inspirés et guidés par nos quatre initiatives stratégiques en imagerie cardiovasculaire, en génétique cardiovasculaire, en modernisation et personnalisation des soins et en prévention, nous avons encore une fois en 2018-2019 offert des soins de qualité à notre clientèle. Ils sont près de 68 000 usagers à être suivis annuellement à l'Institut de Cardiologie de Montréal. En 2018-2019, 2 207 interventions chirurgicales ont été effectuées au bloc opératoire, dont 13 chirurgies de greffe/transplantation. S'ajoutent à cela plusieurs autres interventions réalisées grâce à des techniques moins invasives.

S'appuyant sur les avancées en soin, sur la création de nouvelles chaires de recherche et sur notre intensité en recherche, l'Institut poursuit donc sa lancée et son désir d'aller encore plus loin pour trouver de nouvelles pistes afin de contrer les maladies cardiovasculaires. Merci à nos chercheurs émérites pour leur passion et leur engagement.

Toujours avec le souci constant de placer le patient au centre de nos interventions et stratégies, nous avons adopté en début d'année l'approche patient partenaire. Cette approche nous rassemble autour d'une même priorité, celle de laisser la parole aux usagers pour leur permettre de contribuer à la transformation du système de santé en partageant leurs savoirs et leur expertise de la maladie.

Au fil de l'année, nous avons aussi poursuivi le vaste projet de l'Hôpital numérique qui se tourne vers l'intégration intelligente de technologies afin de placer aussi le patient partenaire au cœur de ses soins. Nous sommes fiers du chemin parcouru à ce jour et des initiatives qui se greffent autour de cette vision.

Ces initiatives et projets qui sont mis en place pour assurer une meilleure qualité de vie aux patients sont rendus possibles grâce à l'enthousiasme et au dévouement de tout le personnel de l'Institut. S'apprêtant à vivre un vaste changement dans le cadre du projet de modernisation Investir dans l'excellence, l'ensemble de nos employés se préparent d'ailleurs fébrilement à s'approprier ce que seront les lieux de

demain. Nous poursuivons donc les grandes étapes de transformation avec enthousiasme. Les changements physiques nous font déjà entrevoir la modernité de nos futurs locaux : parmi ceux-ci, le plus grand centre de formation cardiovasculaire au pays, une fierté !

Dans un même élan visionnaire, l'ICM a exprimé sa volonté de proposer plus à son personnel en multipliant les efforts et les offres vers une mobilité durable. En effet, un comité de mobilité durable a été mis sur pied au cours de l'année et travaille sur plusieurs fronts afin de mettre en place des solutions pour tendre vers une mobilité active accrue. Les résultats et l'engouement se font déjà sentir, dans l'action.

En 2018-2019, nous avons pu compter sur le soutien de la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal qui nous a octroyé un montant de 23,7 millions de dollars répartis dans divers secteurs, dont la recherche, la prévention, l'innovation technologique, l'enseignement ainsi que le projet d'agrandissement de l'établissement. Merci à la Fondation pour ce soutien constant.

Au moment de remettre ce rapport annuel, nous constatons encore une fois le dévouement des médecins, chercheurs, infirmières, professionnels de la santé, personnel non médical, administrateurs, bénévoles, partenaires du réseau, donateurs, qui sont une source d'inspiration et une force au service de notre mission. Ensemble, nous avançons ! Merci.

M. Pierre Anctil
Président du conseil d'administration

Mme Mélanie La Couture
Présidente-directrice générale

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2018-2019 de l'Institut de Cardiologie de Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

Mélanie La Couture
Présidente-directrice générale de l'Institut de Cardiologie de Montréal

3. Présentation de l'établissement et des faits saillants

3.1 L'établissement

Mission

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

Valeurs

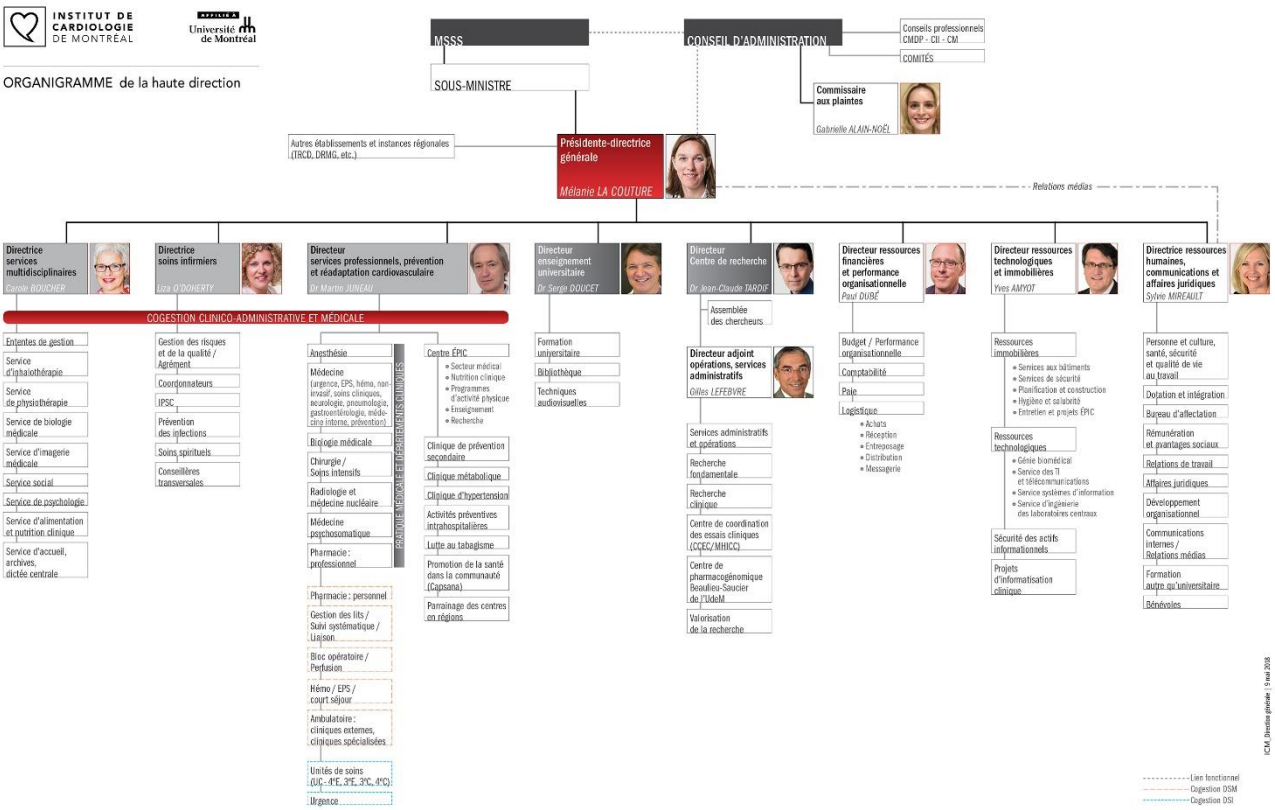
La vision et la mission de l'ICM reposent sur une série de valeurs représentant des idéaux qui incitent à l'action. L'ICM est fier de transmettre ces valeurs, et celles-ci doivent se refléter dans la portée et la qualité de ses services, mais aussi guider l'action dans les relations avec la clientèle,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

Les valeurs de l'ICM sont les suivantes :

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

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

Organigramme (au 31 mars 2019)



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

3.2.1 Le conseil d'administration

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

Membres nommés

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

Membres nommés (indépendants)

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

Membres désignés

Mme Sarah Samson	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. Robert Couillard	Comité des usagers (CU)
Dre Valérie Hurteloup	Département régional de médecine générale (DRMG)
Mme Manon Léveillé	Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
Dr Donato Terrone	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Mme Lucie Verret	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

****

M. Lino A. Saputo Jr.	Membre observateur – Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal

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

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique
Comité de vérification
Comité de vigilance et de la qualité
Comité des ressources humaines
Comité de la prévention
Comité de la recherche
Comité de la gestion des risques
Comité d'éthique clinique
Comité de révision des plaintes
Comité des usagers
Comité d'éthique de la recherche et du développement des nouvelles technologies
Comité d'experts IDE (Investir dans l'excellence) - Phase 2
(chargé de surveiller et contrôler les coûts du projet de construction)
Conseil des infirmières et infirmiers
Conseil multidisciplinaire
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Comité régional sur les services pharmaceutiques
Commissaire aux plaintes
Comité de programme des soins palliatifs et de fin de vie

3.3 Les faits saillants

- Trois cardiologues, les Drs Julia Cadrin-Tourigny, Nicolas Thibodeau-Jarry et Marie A. Chaix, ainsi que l'interniste, Dre Émilie Lévesque, se sont joints au service de médecine de l'Institut de Cardiologie.

- Le département d'anesthésiologie souligne l'arrivée des Drs Nicolas Rousseau-Saine, Athanase Courbe et Marco Julien.

- L'injection de Bupivicaine, assurée par le Service d'analgésie postopératoire, a permis de réduire considérablement l'indice de douleur chez 70 % des patients dans les quatre jours suivants une intervention.

- Un DES en anesthésiologie cardiaque, sous la direction du Dr Antoine Rochon de l'Institut de Cardiologie, a été reconnu comme programme d'études postdoctorales par l'Université de Montréal.

- Réalisation en avril 2018 de la 1000e chirurgie par technique CMI, faisant de l'ICM un chef de file national en matière de procédure par approche minimalement invasive.

- Retransmission mondiale en direct en avril 2018 d'une procédure d'implantation de Mitraclip et d'une procédure de Ross dans le cadre du congrès de la Heart Valve Society (HVS).

- Première canadienne en mars 2019 d'une résection de tumeur endoventriculaire gauche par approche robotique. Il s'agissait d'une 4e procédure de ce genre au niveau mondial.

- La direction de l'enseignement a permis la présentation de 25 visioconférences scientifiques retransmises dans près de 50 établissements à travers le Québec, 4 symposiums d'enseignement dans le domaine des arythmies pour les cardiologues québécois et canadiens, d'un symposium de deux jours sur la procédure de Ross et de la 3e édition du symposium ECMO, en collaboration avec la Canadian Cardiovascular Critical Care Society et le Canadian Society of Critical Perfusionists, au Michener Institute à Toronto.

- Le service d'hémodynamie a complété le déploiement de la salle d'hémodynamie à Trois-Rivières. Une belle réussite conjointe entre les deux centres.

- En juin 2018, Dr Peter Guerra a été reconduit dans ses fonctions de Chef du département de médecine pour un deuxième mandat de 4 ans.

- Le service de cardiologie non invasive a réalisé plus de 17 000 échocardiograhies, un sommet pour l'Institut en matière d'imagerie médicale.

- L'Institut est devenu un centre de référence en autopsie virtuelle réalisée par CT-Scan, un équipement acquis grâce au don de la Fondation Familiale Mel Hoppenheim à la Fondation de l'Institut.

- Le département de médecine psychosomatique porte désormais le nom de département de psychiatrie. Docteure Judith Brouillette est nommée chef de ce département.

- Les études internationales DalGenE et COLCOT coordonnées par le MHICC visent l'application de la pharmacothérapie et la médecine de précision basées sur la signature génétique pour cibler le meilleur choix de médicament pour chaque patient.

- De nouvelles thérapies pour les maladies cardiovasculaires, comme l'infarctus du myocarde, seront élaborées grâce à la découverte de propriétés des particules HDL à éliminer le mauvais cholestérol des vaisseaux sanguins par les laboratoires des Drs Guillaume Lettre et Jean-Claude Tardif.

- Patrick Lavoie a rejoint le laboratoire de recherche en soins infirmiers du Centre de recherche de l'Institut en plus d'obtenir une subvention de recherche du FRQSC.

- L'équipe du Dr Louis Bherer et du Dr Jean Rouleau reçoit une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada qui leur permettra de comparer les effets de l'entraînement physique et cognitif sur l'autorégulation cérébrale chez les femmes et les hommes souffrant d'insuffisance cardiaque.

- Dr Jean-Sébastien Lebon a accompagné une délégation canadienne en Éthiopie en aide humanitaire pour les patients souffrant de maladie cardiaque. Cette délégation est spécialisée en interventions et chirurgies cardiaques.

- La Clinique de prévention du diabète Financière Sun Life a accueilli 84 patients depuis son ouverture en décembre 2018.

- L'Institut a célébré les 50 ans de la première greffe cardiaque réalisée en ses murs par le Dr Pierre Grondin accompagné du Dr Gilles Lepage, tous deux pionniers dans l'histoire de l'Institut de Cardiologie.

- Plus de 80 % de la phase 2 des travaux d'agrandissement du Centre ÉPIC ont été réalisés.

Prix et distinctions

- Dr Jason Andrade : Prix Dr Robert E Beamish pour un article ayant un impact considérable dans le domaine de la médecine cardiovasculaire.
- Denis Brouillette : Reçu fellow de l'Ordre des Pharmaciens du Québec.
- Dre Julia Cadrin-Tourigny : Prix de la SADS Foundation comme jeune investigatrice de l'année.
- Dre Marie A. Chaix : Bourse de soutien à la recherche pour médecin chercheur en début de carrière.
- Dr André Denault : Bourse EarlWynands de la Société canadienne d'anesthésiologie pour The Clinical significance of portal hypertensionafter cardiac surgery: an international multicenter prospective observational study.
- Dr Martin Juneau : Prix Hippocrate2018 reconnaissant les 50 ans de prévention du Centre ÉPIC et le travail de ses médecins, infirmières, nutritionnistes et kinésiologues.
- Dr Paul Khairy : Prix de reconnaissance pour la Conférence John Keith, remis par l'Association canadienne de cardiologie pédiatrique.
- Eric Laliberté : Prix reconnaissance remis par la Bethume Medical Development Association of Canada soulignant son implication bénévole lors de missions humanitaires.
- Dr Denis Roy : Prix Persillier-Lachapelle du ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaissant l'ensemble de sa carrière.
- Dr Jean-Sébastien Lebon : Certificat de mérite 2018 remis par l'Association canadienne pour l'éducation médicale.
- Dr Jean-Sébastien Lebon et Dr Antoine Rochon : Promus au titre de professeurs agrégés de clinique au département d'anesthésiologie de l'Université de Montréal.
- Dr Stanley Nattel : Prix du chercheur émérite pour l'ensemble de sa carrière en recherche et Prix de reconnaissance annuelle de la Société canadienne de rythmologie.
- Dr Jean-Lucien Rouleau : Prix de reconnaissance annuelle de la Société canadienne d'insuffisance cardiaque.
- Dr Rafik Tadros : Récipiendaire d'une bourse Fonds de recherche en Santé du Québec (FRSQ).
- Tanya Mailhot, inf. Ph. D., et une équipe du laboratoire de recherche en soins infirmiers ont remporté le premier prix du Coopérathon2018 (catégorie santé) pour le projet I SEEK DELIRIUM.

L'ICM en chiffres

- 2061 employés, dont 538 infirmières et 88 chercheurs permanents
- 245 médecins membres du CMDP, dont 74 cardiologues, 23 chirurgiens cardiaques et 16 anesthésiologistes
- 12 pharmaciens membres du CMDP
- Plus de 700 étudiants, stagiaires, résidents et fellows
- 153 lits dont 66 en soins intensifs et 29 en soins intensifs chirurgicaux
- 83 162 examens en imagerie, dont
    - 19 237 échographies cardiaques
    - 6 972 examens TEP
    - 6 789 examens Scan (TOMO)
    - 2 713 examens d'imagerie par résonance magnétique
- 2 207 interventions chirurgicales (excluant les biopsies), dont :
    - 1 130 chirurgies de pontage
    - 854 chirurgies valvulaires
    - 13 greffes/transplantations
- 6 192 procédures en hémodynamie et périphériques
- 2 881 interventions en électrophysiologie
- 147 589 examens en électrocardiographie (ECG), dont :
    - 104 542 ECG au repos
    - 8 690 ECG à l'effort
    - 21 079 pacemaker
    - 9 566 holter
    - 3 712 autres examens
- 8 961 hospitalisations de courte durée
- 17 859 visites à l'urgence
- 71 742 visites en cliniques externes incluant les cliniques externes en médecine de jour
- 1 835 patients ayant bénéficié d'une implantation de tuteurs
- 1 118 patients ayant bénéficié de pontages
- 78 chirurgies ont été pratiquées avec le robot chirurgical
- 530 patients ont eu une implantation de cardiostimulateur
- 10 patients ont eu un rehaussement de cardiostimulateur
- 175 patients ont eu un remplacement de cardiostimulateur
- 34 patients ont eu une autre intervention en lien avec leur cardiostimulateur
- 801 patients ont subi une ablation par cathéter
- 351 patients ont eu une implantation défibrillateur cardiaque
- 165 patients ont eu un remplacement de défibrillateur
- 45 patients ont eu un rehaussement de défibrillateur
- 33 patients ont eu une autre intervention en lien avec leur défibrillateur
- Provenance : 51 % de l'Île de Montréal et 49 % de l'extérieur
- Âge moyen des patients : 63 ans

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

Chapitre III : Attentes spécifiques (voir tableau pages suivantes)

Chapitre IV : Engagement annuels (voir tableau pages suivantes)

Chapitre III : Attentes spécifiques

Tableau : Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : • réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • suivre l'application des mesures en PCI; • suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; • entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	**Réalisée**	

Services de proximité, urgences et préhospitalier			
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	**Réalisée**	
Financement, infrastructures et budget			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant	**Réalisée**	

	l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.		
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens 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. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	**Partiellement réalisée**	Nous avions rempli la base de données GRSC pour une portée réduite (service de sécurité), mais attendions que la base de données soit corrigée avant d'engager le processus pour la portée de l'établissement. Nous avons reçu la base de données corrigée le 18 février 2019. À ce moment-là, nous n'avions pas les effectifs suffisants pour travailler ce projet d'envergure. Le comité réduit de M-U et de sécurité civile est maintenant formé, et les rencontres pour amorcer les travaux sont prévues à l'agenda pour le mois de juillet 2019.
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	**Non réalisée**	Nous attendions d'avoir complété le processus GRSC pour amorcer le plan de maintien des activités critiques. Les travaux d'identification des activités critiques seront effectués par le comité de M-U et de sécurité civile en juillet. Plusieurs rencontres sont à l'agenda pour compléter le processus.

Chapitre IV : Engagements annuels

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

* : La section ***Commentaires*** sert à identifier :

a. Les facteurs qui expliquent la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles;
c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80	64,1	80
Commentaires * a. Cette année au grand total nous n'atteignons pas nos cibles pour le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains. Par contre depuis janvier 2019 et jusqu'à la fin de l'année financière nous avons atteint les 84% tous professionnels confondus. Malheureusement cela n'apparaît pas dans les résultats. Nous avons été plus présents, les audits sont effectués à chaque période et les résultats sont diffusés. Toutes les mesures de pratiques exemplaires proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont mises en place à l'ICM. b. Nous constatons une nette amélioration auprès des infirmières et des préposées aux bénéficiaires, ce sont les professionnels de la santé les plus présents auprès de notre clientèle. c. La façon de faire les audits présente aussi certains biais. L'auditeur doit voir le professionnel procéder à l'hygiène des mains, étant donné qu'il y a aussi des distributeurs situés auprès du patient dans la chambre, l'auditeur ne pourra pas le voir, car il ne suit pas le professionnel derrière lui. Par contre, les résultats nous permettent de cibler davantage les travailleurs de la santé qui n'atteignent pas les résultats escomptés.			
Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			

Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	0	0
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	0	0

Commentaires

a. Enjeu de personnel lié à l'AAPÂ. Une conseillère a été recrutée afin de mettre en place un modèle clinique dans lequel elle coordonnera les divers intervenants à faire intervenir au dossier des patients qui seront dépistés à l'aide de l'outil de repérage qui sera mis en place. Il restera le Tableau de bord organisationnel en lien avec les indicateurs de l'AAPÂ à mettre en place.
b. Le plan d'action a été élaboré. Il reste le comité d'implantation à actualiser. Dans le plan d'action, nous avons ciblé la nécessité d'intervenir auprès des patients à risque de délirium. Le médecin champion a donc été identifié.
c. Aucun problème de qualité des données.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Urgence			
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	14,77	12
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	82,5	66,6	75
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	82,5	63,1	75

Commentaires

a. L'augmentation de la DMS s'explique principalement en raison de la congestion hospitalière que nous avons connue du 6 janvier 2019 au 31 mars 2019. Au cours de cette période, la DMS sur civière à l'urgence a atteint une moyenne de 16.8 heures et le taux d'occupation aux unités de soins a atteint 82.6% (comparativement à une moyenne annuelle de 78.42%). L'unité de médecine cardiaque qui compte 39 lits et qui est l'unité de soins qui reçoit le plus d'admissions en provenance de l'urgence a pour sa part atteint 92% de taux d'occupation (comparativement à une moyenne annuelle de 87,9%).
b. Légère augmentation de la DMS en comparaison avec l'année dernière.
c. Aucun problème de qualité des données.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie			
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	0

Commentaires

a. Nous respectons nos engagements.
b. Nous respectons nos engagements.
c. Aucune problématique de collecte de données.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	95	82,8	98
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	92,5	74	95
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100	100	100
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	92,8	100
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	100	90,8	100
Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100	77.5	100

Commentaires

a. Pour l'échographie cardiaque, non atteinte des objectifs. Malgré l'augmentation du volume des activités nous constatons, en parallèle, une augmentation de volume des demandes. Le manque de ressources médicales ainsi que la pénurie des technologues limitent notre possibilité d'augmenter davantage nos volumes. Pour la TEP, la non atteinte des objectifs est directement liée à la pénurie d'isotopes vécue entre novembre 2018 et février 2019. Peu à peu, nos délais s'améliorent mais il nous faudra plusieurs mois pour rattraper ce retard et avoir des délais d'attente de moins de 90 jours comme avant la crise.

Pour l'échographie cardiaque système de gestion des données avec rapports informatisés facilitant l'atteinte des objectifs. Pour les autres secteurs, lecture au fur et à mesure par les nucléistes et radiologistes.

Non atteinte des objectifs relatifs au délai de transcription variable et pouvant parfois atteindre plus de 7 jours et dû au délai de signature du rapport par le médecin qui dépasse aussi parfois 7 jours.

Atteinte de la cible de façon variable, selon le nombre de transcriptionnistes disponibles. Délais de transcription pouvant atteindre plus de 7 jours.

b. Nos améliorations sont significatives et très satisfaisantes comparativement à l'année dernière dans la majorité des secteurs. Nous avons réduit nos délais d'environ 10 semaines mais aussi géré toutes les demandes en attente de plus de 6 mois avec l'épuration des listes d'attente et l'application de la circulaire du MSSS sur la non disponibilité de la clientèle.

Pour la TEP, résultats satisfaisants compte tenu de la pénurie d'isotopes vécue.

Amélioration progressive et satisfaisante depuis l'année précédente. Projet de reconnaissance vocale en cours afin d'améliorer davantage nos délais de transmission.

Délais stables depuis année précédente. Projet de reconnaissance vocale en cours et pouvant contribuer à l'amélioration de nos délais.

c. Données justes et conformes

Données « délai de lecture 4 jours » non disponible. En attente des avancements du MSSS avec fournisseurs.

Données " délai demandes réalisées pour les examens avec date cible" non disponible. En attente des avancements du MSSS avec les fournisseurs. Entre temps, le délai des demandes réalisées comprennent l'ensemble des examens réalisés, avec ou sans date cible préliminairement.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100

Commentaires

a) Concernant le dossier des zones grises nous demeurons à 100% pour chacune des 4 étapes de réalisation. Soient :

1. La désignation d'une personne responsable
2. La réalisation et la mise à jour du relevé
3. L'attribution du service responsable
4. La mise en place d'un registre de suivi

En effet, à ICM nous nous assurons que les équipements sont pris en charge par les différents intervenants, principalement l'équipe d'hygiène et salubrité.

Nous validons, à l'aide d'un registre, le respect des fréquences d'intervention et mesurons la qualité des interventions via des audits de qualité.

b) Les engagements sont respectés.

c) Aucune problématique de collecte de données.

Indicateur	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,08	5,96	ND
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,1	5,98	ND
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,11	0,23	ND

Commentaires

a) Assurance-salaire :
Nous sommes très satisfaits de notre résultat et confiant pour la suite. L'équipe de soutien à l'amélioration continue de la prévention et notre programme « À votre santé! » portent fruits. Les cas reliés au travail sont en diminution.

Temps supplémentaire :
Nous sommes préoccupés par cet indicateur. Il y a un manque de ressources humaines évident. En plus du rehaussement offert et des mesures de recrutement mises en place dans la dernière année, nous travaillons à la rétention du personnel. Il s'agit d'une priorité organisationnelle.

Main-d'œuvre indépendante (MOI) :
Aucune MOI en soins infirmiers. Cette valeur réfère uniquement à l'embauche de personnel de métiers spécialisés, par exemple les électriciens, plombiers, etc.

b) Légère augmentation des indicateurs 3.01 – PS et 3.05.02-PS.
c) Aucune problématique de collecte de données.

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 %

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

L'agrément

L'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada du 11 au 14 novembre 2018 : 592 critères des normes transversales ont été évalués soit, les normes sur la gouvernance, le leadership, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux.

3 critères non conformes ont été travaillés. Le 14 mai 2019, nous avons eu la confirmation d'Agrément Canada que nous avons respecté les exigences en matière de suivi. L'établissement a reçu son **statut d'agréé**, selon le nouveau modèle d'Agrément Canada, jusqu'au 31 décembre 2023. La prochaine visite d'Agrément Canada dans le cadre de l'évaluation du programme santé physique se déroulera dans la semaine du 22 mars 2020.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Actions réalisées afin de promouvoir de façon continue la prestation sécuritaire des soins et des services en conformité avec le programme de la gestion des risques

- Tenue du comité de gestion des risques;
- Tenue du comité d'amélioration de la qualité coordination;
- Formation du nouveau personnel sur la gestion des risques et l'agrément aux journées d'accueil;
- Enseignement sur la gestion des risques aux équipes via plusieurs comités de direction;
- Tenue d'un registre des litiges et réclamations et du suivi avec nos assureurs DARSSS;
- Présentation des litiges au Conseil d'administration en huis clos avec l'avocate de l'ICM;
- Réalisations d'audits pour s'assurer de l'amélioration de la qualité des processus, de vérifier la conformité des normes de sécurité et de qualité aux patients, de vérifier l'efficacité du processus audité, de s'assurer des bonnes pratiques etc.

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

- Incidents liés aux tests diagnostiques de laboratoire : **232** (**29 %** par rapport à l'ensemble des événements)
- Incidents liés au consentement : **210** (**26 %** par rapport à l'ensemble des événements)
- Incidents liés à la médication : **102** (**13 %** par rapport à l'ensemble des événements)

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

- Accidents liés aux médicaments : **388** (**11 %** par rapport à l'ensemble des événements)
- Accidents liés aux tests diagnostiques de laboratoire : **1 726** (**48 %** par rapport à l'ensemble des événements)
- Accidents liés aux traitements : **141** (**39 %** par rapport à l'ensemble des événements)

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

- Tenue de «cellules sentinelles» pour analyser, planifier, communiquer, réaliser et vérifier les recommandations issues des événements indésirables;
- Tenue de rencontres ponctuelles avec les chefs des unités et services sur les événements indésirables dans leurs secteurs;
- Tenue de comités sur les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada telles que la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, la prévention du suicide, comité de la sécurité des actifs informationnels, comité de prévention des infections etc.
- Collaboration interdisciplinaire sur les avis/alertes et rappels d'équipements ou dispositifs médicaux;
- Présentation des événements sentinelles et des indicateurs de qualité au Conseil d'administration;
- Envoi aux équipes des rapports statistiques sur les événements indésirables survenus dans leurs secteurs pour fin d'échange et d'amélioration de la qualité;

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

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

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

Au cours de l'année 2018-2019, des contentions ont été appliquées à 75 patients. L'application des contentions demeure une option de dernier recours auprès de notre clientèle et de nombreuses mesures alternatives sont utilisées. Il s'agit notamment du recours aux surveillances étroites des patients à risque.

Autres observations sur les recommandations formulées par :

Commissaire aux plaintes

En 2018-2019, 5 recommandations ont été formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les voici :

1. Direction des services multidisciplinaires et direction des ressources technologiques et immobilières : Évaluer la pertinence d'avoir recours à un expert – possiblement externe – en téléphonie et en service à la clientèle afin d'analyser la situation en lien avec le système téléphonique à un niveau global et dans son entièreté, de manière à dégager les failles sur lesquelles des améliorations peuvent être apportées et d'optimiser la trajectoire téléphonique de l'ICM (réalisée)

2. Direction des services professionnels et direction de la prévention et de la réadaptation cardiovasculaire : Effectuer une vérification de l'ensemble de dossiers médicaux des patients possiblement touchés par une situation, couvrant la période du 1er septembre 2017 jusqu'au 31 décembre 2017 (en cours)

3. Direction des services professionnels et direction des soins infirmiers : Mettre sur pied un comité interdisciplinaire qui aura pour mandat de dégager les meilleures pratiques en matière d'évaluation, de détection et de gestion du délirium et de conséquemment mettre en œuvre un plan d'action qui permettra de déployer celles-ci sur les unités de soins de l'ICM. À titre indicatif, ce comité pourrait être formé d'une infirmière, d'un préposé aux bénéficiaires, d'un psychiatre, d'un intensiviste, d'un chirurgien cardiaque, d'un chercheur et d'un patient partenaire accompagné d'un membre de sa famille, afin que s'opère une optimisation globale au niveau de la prise en charge du délirium à l'ICM (réalisée)

4. Direction des services professionnels et département de chirurgie : Élaborer et mettre en place un modèle de soins reposant sur les meilleures pratiques en la matière qui permettra d'assurer un suivi post-opératoire optimal, coordonné et sécuritaire des patients à la suite d'une chirurgie. Ce modèle de soins doit faire en sorte qu'une présence médicale réelle et continue soit assurée par les chirurgiens à l'unité de chirurgie. À cet égard, la direction des soins infirmiers est invitée à participer à cette recommandation afin que l'équipe des soins infirmiers soit prise en compte dans l'élaboration de ce modèle de soins, et ce dans une optique de collaboration multidisciplinaire (en cours)

5. Direction des ressources technologiques et immobilières : Réaliser une analyse de la situation actuelle au niveau de la disponibilité des places de stationnement réservées aux personnes handicapées (observation sur plusieurs jours, à différents moments de la journée), afin de documenter, d'évaluer les réels besoins de la clientèle de l'ICM et d'ajuster le nombre de places de stationnement en conséquence (réalisée).

Protecteur du citoyen

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

Bureau du Coroner

Rapport de coroner 2016-01141
Recommandation émise à l'égard de l'établissement :
Que l'ICM procède à l'étude de ce dossier au sein des instances cliniques internes appropriées
Suivi effectué :
Dossier révisé par le Comité évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du 25 septembre 2018 et conclusion transmise à la coroner ayant formulé les recommandations, le 9 mai 2019.

Rapport de coroner 2017-05660
Recommandations émises à l'égard de l'établissement :
Que l'ICM mesure l'efficacité de son programme de prévention des chutes : les cibles ont-elles été atteintes? Son instauration a-t-elle amené une baisse du nombre de chutes? Y a-t-il lieu de viser une réduction plus grande?
Que l'ICM remette le rapport à son comité de prévention des chutes afin d'alimenter sa réflexion.
Que l'ICM se questionne sur la pertinence de mesurer certains indicateurs capables de mieux orienter les actions, notamment, en mesurant les délais de réponse après l'utilisation d'une sonnette d'appel.
Que l'ICM questionne la prise diurne des diurétiques plutôt qu'en soirée.
Que l'ICM se penche sur l'à-propos d'instaurer des tournées intentionnelles, de préférence universelles, ou, à défaut, pour les clientèles avec haut risque de chute.
Suivis en cours (rapport reçu dans l'établissement le 27 mars 2019). Les suivis effectués face à ces recommandations figureront au rapport annuel de gestion de 2019-2020.

Les mises sous garde

Tableau : Les mises sous garde

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	( )	Sans objet	Sans objet	Sans objet	( )
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	( )
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	( )	Sans objet	Sans objet	Sans objet	( )
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	( )
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	( )	Sans objet	Sans objet	Sans objet	( )

( ) : nombre trop petit pour en permettre la publication.

L'examen des plaintes et de la promotion des droits

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

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

Santé et Services sociaux Québec

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

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

Exercice : 2017-2018 du : 10-déc-17 au : 31-mars-18

Nom de l'établissement : Institut de Cardiologie de Montréal

Activité	Information demandée	Site ou installation[6]				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée[1] pour la période du 10 décembre 217 au 31 mars 2018	72				72
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée[2] pour la période du _____ au _____ Informations complémentaires :		N/A			N\A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile[3] pour la période du _____ au _____ Informations complémentaires :			N/A		N\A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs[4] pour la période du _____ au _____ Informations complémentaires :				N/A	N\A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	A				0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	B				1
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	C				0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs[5] Informations complémentaires : La personne est décédée 48 heures suivant sa demande d'AMM.	D				1

Version datée du 2018-08-06

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

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

Exercice : 2018-2019 du : 01-avr-18 au : 31-mars-19

Nom de l'établissement : Institut de Cardiologie de Montréal

Activité	Information demandée	Site ou installation[6]				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée[1] pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019	234				234
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée[2] pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires :		N/A			N\A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile[3] pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019 Informations complémentaires :			N/A		N\A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs[4] pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019				N/A	N\A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	A				3
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	B				6
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	C				1
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires : trois patients sont décédés avant la fin du processus d'évaluation et une patiente a retiré sa demande durant le processus d'évaluation. La 5e demande d'AMM formulée a été administrée durant l'année financière 2019-2020.	D				5

Version datée du 2019-05-13

7. Les ressources humaines

12431656 - Institut de cardiologie de Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-01 au 2019-03-30	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	118 391	1 591	119 982	65	77
	2015-16	104 791	1 577	106 368	58	74
	2016-17	97 254	1 109	98 363	54	69
	2017-18	93 526	1 275	94 801	52	67
	2018-19	94 056	1 542	95 598	52	66
	Variation	(20.6 %)	(3.1 %)	(20.3 %)	(20.4 %)	(14.3 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	159 685	1 797	161 482	87	140
	2015-16	165 905	1 860	167 765	90	143
	2016-17	180 554	1 866	182 421	98	156
	2017-18	189 504	1 705	191 209	103	163
	2018-19	202 128	3 037	205 165	111	164
	Variation	26.6 %	69.0 %	27.1 %	27.6 %	17.1 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	759 723	38 563	798 286	399	571
	2015-16	764 717	32 002	796 719	402	568
	2016-17	771 067	40 100	811 166	405	561
	2017-18	760 465	51 583	812 048	399	566
	2018-19	770 126	62 132	832 258	404	596
	Variation	1.4 %	61.1 %	4.3 %	1.2 %	4.4 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	1 060 536	27 258	1 087 794	587	800
	2015-16	1 067 235	32 021	1 099 256	590	829
	2016-17	1 097 989	35 179	1 133 168	607	859
	2017-18	1 002 663	30 433	1 033 096	553	796
	2018-19	1 029 695	34 988	1 064 683	569	803
	Variation	(2.9 %)	28.4 %	(2.1 %)	(3.1 %)	0.4 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	259 686	2 963	262 649	131	190
	2015-16	266 789	3 807	270 596	135	203
	2016-17	271 051	2 881	273 932	137	203
	2017-18	261 376	3 129	264 504	132	197
	2018-19	265 299	3 577	268 877	134	207
	Variation	2.2 %	20.7 %	2.4 %	2.0 %	8.9 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	4 802	2	4 804	3	15
	2015-16	4 862	10	4 871	3	16
	2016-17	4 082	15	4 097	2	12
	2017-18	3 675	0	3 675	2	10
	2018-19	3 841	1	3 842	2	11
	Variation	(20.0 %)	(36.7 %)	(20.0 %)	(18.7 %)	(26.7 %)
Total du personnel pour 12431656 - Institut de cardiologie de Montréal	**2014-15**	**2 362 824**	**72 173**	**2 434 997**	**1 272**	**1 754**
	2015-16	**2 374 299**	**71 276**	**2 445 575**	**1 278**	**1 785**
	2016-17	**2 421 997**	**81 150**	**2 503 147**	**1 304**	**1 825**
	2017-18	**2 311 209**	**88 124**	**2 399 333**	**1 241**	**1 766**
	2018-19	**2 365 146**	**105 277**	**2 470 423**	**1 271**	**1 826**
	Variation	0.1 %	45.9 %	1.5 %	(0.1 %)	4.1 %

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

12431656 - Institut de cardiologie de Montréal

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (Comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Variation de 2014 à 2018
1 - Personnel d'encadrement	119 982	106 368	98 363	94 801	95 598	(20,3 %)
2 - Personnel professionnel	161 482	167 765	182 421	191 209	205 165	27,1 %
3 - Personnel infirmier	798 286	796 719	811 166	812 048	832 258	4,3 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	1 087 794	1 099 256	1 133 168	1 033 096	1 064 683	(2,1 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	262 649	270 596	273 932	264 504	268 877	2,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	4 804	4 871	4 097	3 675	3 842	(20,0 %)
Total du personnel	**2 434 997**	**2 445 575**	**2 503 147**	**2 399 333**	**2 470 423**	**1,5 %**

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019	**2 414 476**
Écart à la cible	**55 947**
Écart à la cible en %	2,3%

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

La volonté du MSSS d'accroître nos volumes d'activités afin d'améliorer l'accessibilité et réduire nos listes d'attente dans certains secteurs ciblés a eu pour effet d'augmenter nos heures rémunérées par rapport à l'année de référence.

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme (2018-2019)

Tableau : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant $		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
Programmes-services						
Santé publique	1 635 223	1,06%	788 913	0,48%	-846 310	-51,76%
Service généraux - Activités cliniques et d'aide	11 513	0,01%	10 286	0,01%	-1 227	-11,66%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées						
Déficience physique						
Déficience intellectuelle et TSA						
Jeune en difficulté						
Dépendances						
Santé mentale	94 623	0,06%	101 758	0,06%	7 135	7,54%
Santé physique	118 576 667	76,83%	127 226 479	77,55%	8 649 812	7,30%
Programme soutien						
Administration	11 122 700	7,21%	12 645 394	7,71%	1 522 694	13,69%
Soutien aux services	9 765 637	6,33%	10 274 818	6,26%	509 181	5,21%
Gestion des bâtiments et des équipements	13 122 450	8,50%	13 017 056	7,93%	-105 394	-0,80%
Total	**154 328 813**	**100%**	**164 064 704**	**100%**	**9 735 891**	**6,31%**

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

Pour l'exercice 2018-2019, l'établissement a terminé l'exercice avec un surplus de 7 872 $ sur un budget de 212 M$ au niveau du fonds d'exploitation et un déficit de 763 730 $ au fonds d'immobilisation. L'établissement présente donc un déficit global de 755 858 $. L'établissement n'a pas pu se conformer à son obligation légale de ne pas encourir de déficit.

Dans les exercices précédents, et ce, jusqu'au 31 mars 2015, l'acquisition d'immobilisation par la recherche, financée par le solde de fonds affectés nécessitait un transfert de solde de fonds d'exploitation vers le solde du fonds d'immobilisation à la hauteur du coût d'acquisition. Le solde de fonds d'immobilisation avait donc les sommes nécessaires pour couvrir les dépenses d'amortissement à venir, et ce, jusqu'à l'amortissement complet des actifs. Ceci a pour effet d'entraîner un déficit annuel à l'état des résultats du fonds d'immobilisation, car les revenus pour couvrir l'amortissement sont déjà au solde de fonds.

Les contrats de services

Tableau : Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019

CONTRATS DE SERVICES 2018-2019	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique	Aucun	- $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	108	5 592 654,86 $
Total des contrats de services	**108**	**5 592 654,86 $**

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

Signification des codes :
Nature (col. 3) : R : Réserve O : Observation C : Commentaire
État de la problématique (col.5, 6 et 7) : R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R,O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
L'établissement n'a pu comptabiliser les frais courus dans les autres créditeurs et autres charges à payer, car la SQI n'est pas en mesure d'estimer raisonnablement ce montant pour l'établissement au 31 mars 2018. Par conséquent, notre audit de ces frais courus et des constructions en cours s'est limité aux montants inscrits dans les comptes de l'établissement et nous n'avons pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux autres créditeurs et autres charges à payer et aux immobilisations au 31 mars 2018.	2017-18	R	Cette information ne peut être obtenue que par la SQI	R		
Selon le Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, les frais reportés liés aux dettes devraient être présentés à l'encontre de la dette et non à titre d'actifs. Cette présentation est cependant en accord avec le Manuel de gestion financière	2018-19	O	Aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le Manuel de gestion financière			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Anomalie non corrigée au 31 mars 2019						
Surévaluation estimée des acquisitions d'immobilisations dans le flux de trésorerie de 858 600 $ pour l'exercice clos le 31 mars 2019 suite à la réserve sur les constructions en cours de l'exercice clos le 31 mars 2018.	2018-19	O	Cette information ne peut être obtenue que par la SQI			NR
Surévaluation des autres débiteurs et sous-évaluation de la charge de mauvaise créance de 1 978 996 $ (1 334 843 $ au 31 mars 2018)	2018-19	O	Ajustement prévu aux prochains exercices			NR
L'établissement a encouru un déficit au montant de 755 858 $, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2018-19	O	Ce déficit s'explique par le traitement comptable associé au fonds d'immobilisation jusqu'au 31 mars 2015			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R,O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Anomalie non corrigée au 31 mars 2018						
Les charges salariales reliées aux rétroactions pour les infirmières en provenance de France ont été comptabilisées dans les charges non réparties alors qu'elles devraient être imputées dans les centres d'activités correspondant	2017-18	O	L'établissement a été informé en avril 2018 d'un règlement de grief en lien avec la reconnaissance du titre d'emploi d'infirmière clinicienne pour des infirmières recrutées en France. Cette rétroaction applicable à compter de novembre 2014 et touchant environ 70 infirmières n'a pu être ventilée de façon détaillée dans les délais impartis	R		

10. La divulgation des actes répréhensibles

Tableau : Divulgation d'actes répréhensibles

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	**Nombre de divulgations**	**Nombre de motifs**	**Motifs fondés**
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations	**0**	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues	Sans objet		
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22			
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet		
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie			
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui			
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité			
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement			
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations			Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 233	**0**		

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À Université de Montréal

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

EN VERTU DE LA

LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)

Adopté par le conseil d'administration de l'ICM le 21 mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 1

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 4

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS 7

Section 4 – APPLICATION 8

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 14

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 15

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 16

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 17

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 18

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 19

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 20

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ci-après nommé « ICM ») et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondements légaux

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

Conseil : Conseil d'administration de l'ICM, tel que défini par l'article 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

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

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

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

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

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

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

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

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

4. Champ d'application

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

5. Divers

5.1 Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration.

5.2 Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code.

5.3 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'ICM doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'ICM

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

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

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

8.12 Non-emploi par l'ICM

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'ICM ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

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

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

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'ICM;

c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'ICM;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'ICM qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;

i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

a) un état des faits reprochés;

b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;

d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.8 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.9 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES I à VII

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

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - CA de l'Institut de Cardiologie de Montréal_____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 21 mars 2016_____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le conseil d'administration de l'Institut de Cardiologie de Montréal

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA de l'Institut de Cardiologie de Montréal et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation **Signature**

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du CA de l'Institut de Cardiologie de Montréal due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du CA de l'Institut de Cardiologie de Montréal , déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CA de l'Institut de Cardiologie de Mtl à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

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

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

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

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

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

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**