

2019-20

RAPPORT
ANNUEL



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPILIÉ À
Université 
de Montréal

Table des matières

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	1
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS	3
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS	4
• L'établissement	4
• Organigramme	5
• Le conseil d'administration, les comités et conseils	6
• Faits saillants	7
• Prix et distinctions	10
• L'ICM en chiffres	10
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	24
6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	29
7. RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	30
8. RESSOURCES FINANCIÈRES	32
9. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS EMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	34
	35
10. LA DIVULGATION DES ACTES REPREHENSIBLES	
11. ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	36

1. Message des autorités

Une année de réalisations et de défis

Notre centre hospitalier universitaire suprarégional a poursuivi ses différentes missions en 2019-2020 sous le signe de l'effort collectif et de l'innovation. Toujours fiers de notre renommée internationale et du grand réseau d'excellence en santé formé de l'Université de Montréal et de ses établissements affiliés auquel nous appartenons, nos spécialistes et nos équipes de soins ont continué avec le même élan à desservir notre clientèle avec engagement. Fidèles à nos principes de rigueur et à notre culture d'innovation, c'est dans la collégialité que nous avons uni nos efforts pour suivre avec passion les quatre axes qui constituent notre mission : les soins, la recherche, l'enseignement et la prévention.

Des étapes cruciales et significatives ont été franchies au cours de cette année pour souligner l'évolution des soins spécialisés qui sont prodigués avec cœur depuis plus de 60 ans. Notons la 500^e greffe, la 100^e intervention robotique et les 40 ans de l'angioplastie : des moments phares qui nous permettent de souligner l'excellence et la volonté d'aller toujours plus loin.

L'étude COLCOT du Dr Jean-Claude Tardif a été un de ces moments exceptionnels qui a contribué aux connaissances scientifiques internationales en cardiologie. Cette étude a fait le tour de la planète en établissant clairement que la colchicine, un médicament anti-inflammatoire bien connu et utilisé depuis des centaines d'années, peut réduire les risques de récurrence d'événements cardiovasculaires.

Inspiré par nos ambitions et tournés plus que jamais vers le patient, nous préparons fébrilement nos futurs locaux grâce au projet *Investir dans l'excellence*. Soucieux d'offrir des services d'avant-garde, les efforts sont déployés afin d'accueillir notre clientèle dans des espaces plus modernes, dont notre Centre de formation et d'Excellence en Santé Cardiovasculaire (CESC) qui verra le jour sous peu.

Outre ces réalisations, nos efforts sur la prévention se sont poursuivis de plus belle. Abordant toujours des thèmes d'actualité et mettant de l'avant des initiatives visant à sensibiliser notre clientèle mais aussi toute la population, notre mission « prévention » nous définit clairement. C'est une partie de notre ADN qui nous démarque indéniablement. Soulignons notamment l'importance de la Clinique de prévention du diabète qui continue de répondre à une demande grandissante de prévention auprès des patients.

Rigueur et générosité

Grâce à la rigueur et à l'apport de chacun, l'établissement a terminé l'exercice financier avec un surplus de 189 398 \$ sur des dépenses de 225 M\$. En 2019-2020, nous avons pu encore une fois compter sur le soutien de la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal qui nous a octroyé plus de 25 millions de dollars répartis entre la recherche, le projet d'agrandissement *Investir dans l'excellence* (IDE), les innovations technologiques, la prévention et l'enseignement. Bon an, mal an, la Fondation reste un fidèle partenaire qui



nous permet d'avancer et de nourrir nos priorités et nos aspirations. Merci d'être là. Vous nous permettez de faire une grande différence pour nos patients.

Début 2020, nous avons dû nous réinventer pour faire face à la pandémie de la COVID-19, un défi qui a fait ressortir le meilleur de nos équipes. Un défi colossal. La collaboration médico-administrative exemplaire a fait en sorte que nous avons pu rapidement nous organiser pour repenser nos façons de faire pour protéger nos patients, les traiter et s'assurer que notre personnel ne soit pas à risque. La fin de l'année financière s'est donc déroulée sur cette trame de fond particulière, qui nous a permis de constater la force de la solidarité et la résilience organisationnelle.

Chacun a su faire preuve d'engagement et de dépassement dans cette situation exceptionnelle. Le dévouement de nos médecins, de notre personnel de soins, de nos chercheurs, de notre personnel administratif et de nos partenaires doit être mentionné et nous tenons à vous remercier tous et chacun d'avoir contribué à l'effort collectif. Merci!!

M. Pierre Ancil
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 la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2019-2020 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 2020.

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 mission de l'ICM repose 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 :

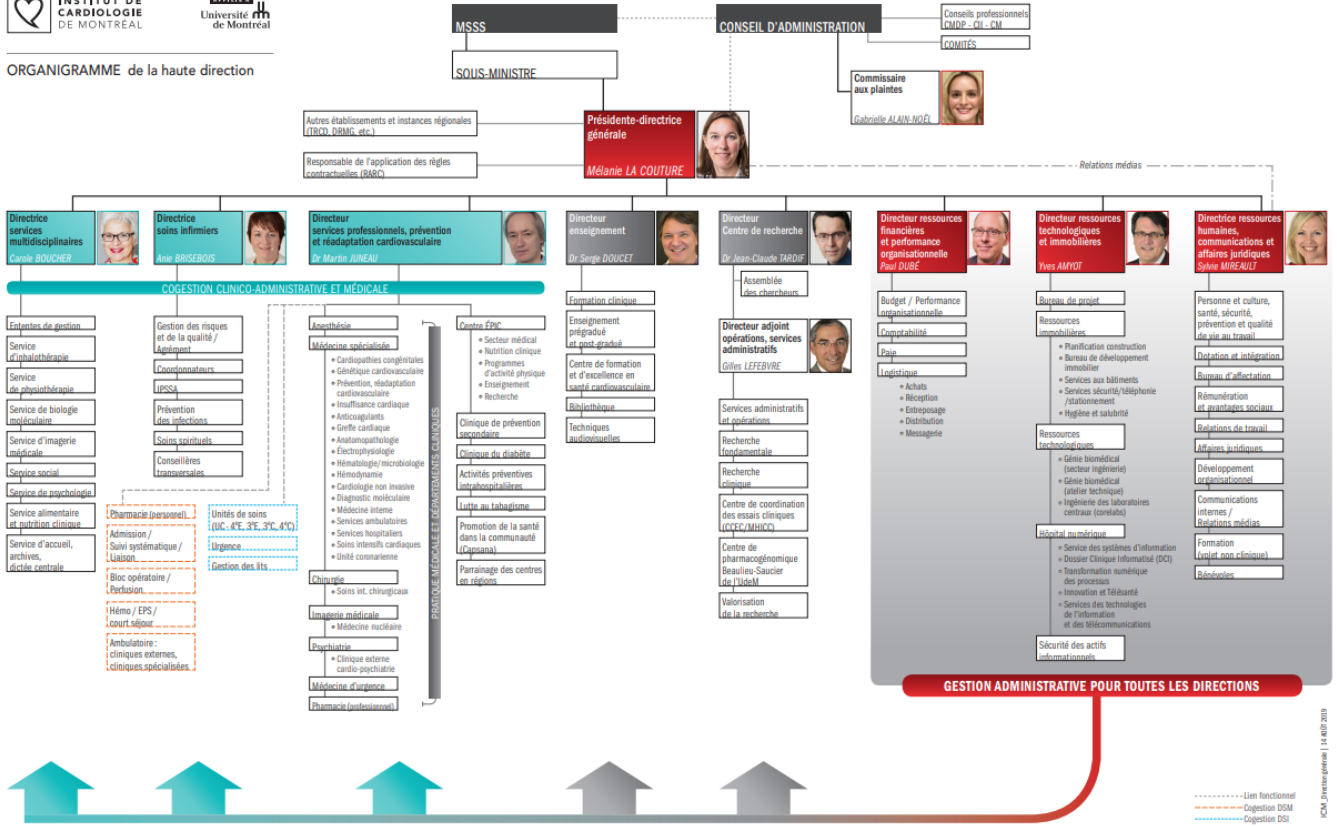
- Dépassement
- Créativité
- Bienveillance
- Pertinence
- Transparence

Ces valeurs représentent, avec la mission 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 2020)

**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL** **Université 
de Montréal**

ORGANIGRAMME de la haute direction



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
Me Éric Bédard
Me Joëlle Boisvert
Mme Brigitte Boyer
M. Robert Courteau
M. Marc de Bellefeuille
Mme Andrée-Lise Méthot
Mme Isabelle Perras
Mme Isabelle Viger

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 Josée Morin	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

- En août 2019, le cap des 500 greffes cardiaques est franchi avec succès. Depuis la première transplantation cardiaque canadienne effectuée en ses murs en 1968, notre hôpital ultraspécialisé en cardiologie a toujours continué de raffiner ses techniques.
- La 100^e intervention robotique a lieu. C'est le moment de souligner le succès de ces chirurgies en reconstruction valvulaire mitrale rendu possible grâce aux Drs Michel Pellerin et Denis Bouchard.
- La première mondiale d'une réparation mitrale et de remodelage ventriculaire gauche avec le dispositif Ventouch. Cette procédure a été réalisée en collaboration avec le service d'hémodynamie.
- En février 2020, on célèbre 40 ans d'angioplastie coronarienne à l'ICM et Dr Jean-François Tanguay le souligne avec brio lors d'une conférence.
- Première mondiale à l'ICM : utilisation d'une solution saline lors d'une ablation avec cathéter muni d'une aiguille.
- La 400^e procédure de ROSS est effectuée.
- Le Dr Reda Ibrahim y va d'une première en utilisant la prothèse FLX qui permet la fermeture de l'auricule de l'oreillette gauche.



- L'Institut de Cardiologie de Montréal se réjouit de la première implantation de la nouvelle génération du dispositif Mitra Clip G4 par Dre Anita Asgar et l'équipe d'hémodynamie.
- Réalisation d'une 2e greffe du coeur pour un de nos patient et bénévole très impliqué, Sylvain Bédard.
- Le service d'électrophysiologie de l'ICM a tenu la 6e édition de son symposium sur les ablations complexes à l'intention des fellows en électrophysiologie du Canada. L'équipe a aussi présenté sa journée annuelle de formation en rythmologie à l'intention des cardiologues et internistes, des résidents en cardiologie et des professionnels de la santé.
- Le 16 novembre 2019, les résultats de l'étude clinique COLCOT ont été publiés dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* (NEJM) et présentés simultanément au congrès scientifique de l'American Heart Association (AHA) qui avait lieu à Philadelphie. L'étude clinique COLCOT du Dr Jean-Claude Tardif et son équipe démontre qu'il est possible de réduire les risques d'évènements cardiovasculaires avec un médicament peu coûteux, la colchicine. Les médias d'à travers le monde ont publié cette nouvelle, dont plusieurs publications scientifiques.
- L'Institut de Cardiologie de Montréal annonce durant le congrès international de biotechnologie Bio, qu'une subvention provinciale de 15,4 millions de dollars sera octroyée pour deux projets de médecine personnalisée en athérosclérose et en recherche clinique.
- Dre Julia Cadrin-Tourigny a mis au point un calculateur capable de mieux prédire la probabilité d'arythmies mortelles chez les patients atteints de cardiopathie arythmogène du ventricule droit (CAVD). La nouvelle recherche, basée sur des données provenant de plus de 500 patients, a été publiée dans *l'European Heart Journal*.
- Dr Guillaume Lettre présente un article dans la revue scientifique *Circulation* intitulé *Genomic and Precision Medicine* portant sur un nouvel outil génétique pouvant être déployé à grande échelle pour informer les gens à l'avance de leur risque cardiaque.
- Dr Rafik Tadros a publié, dans *l'European Heart Journal*, une étude qui permettrait de prédire la sensibilité des patients aux bloqueurs sodiques, des médicaments utilisés contre l'arythmie, la dépression et l'épilepsie.
- Thomas F. Khairy, 15 ans, fils de Dr Paul Khairy, devient le plus jeune auteur principal d'un article jamais publié par le *New England Journal of Medicine*, le journal médical le plus prestigieux de la planète. Dans l'article *Infections Associated with Resterilized Pacemakers and Defibrillators*, Thomas F. Khairy et ses collègues démontrent que le risque d'infection lors de l'implantation de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs est similaire, qu'il s'agisse d'appareils restérilisés ou d'appareils neufs.
- Le Dr Jean-Claude Tardif et son équipe lancent l'étude Colcorona qui vise à recruter 6000 patients atteints de la COVID-19 et à risque de développer des symptômes graves. La moitié des patients recevront de la colchicine et l'autre, un placebo.
- Les résultats d'une étude menée par Dre Guylaine Ferland sur la Vitamine K et un médicament anticoagulant ont été présentés au congrès de la Société américaine de Nutrition (ASN) en juin 2019.



- Implantation du programme ERAS de récupération améliorée après la chirurgie basée sur des pratiques exemplaires avant, pendant et après la chirurgie grâce à une équipe multidisciplinaire.
- L'ICM est heureux d'avoir reçu les premiers stagiaires du futur Institut de Cardiologie de Bouaké en Côte-d'Ivoire qui est en plein développement.
- L'étude COVEPIC est lancée par le Dr Louis Bherer et son équipe. L'étude vise à mesurer les bienfaits de l'entraînement physique associé à un entraînement cognitif, le tout en contexte de confinement.
- Le Centre EPIC lance des cours de mise en forme en ligne pour rejoindre sa clientèle et la garder active.

Dans les médias

- Plusieurs publications scientifiques et autres médias prestigieux (imprimés et web), notamment le *New England Journal of Medicine*, *Cardiology 2.0*, *Cardiovascular Business*, *American College of Cardiology*, *New York Times*, *Washington Post*, Agence Reuters, *La Presse*, CBC citent le Dr Jean-Claude Tardif et l'étude COLCOT.
- L'étude COLCORONA est largement reprise dans les médias généraux et scientifiques.
- Dr Martin Juneau fait plusieurs apparitions médiatiques sur la cigarette électronique, les saines habitudes de vie et la prévention des maladies cardiovasculaires.
- Dr Laurent Macle collabore au Reader Digest dans un article qui regroupe différents trucs pour maintenir en bon état la santé cardiaque.
- Les travaux de recherche de Dr Daniel Gagnon sur la chaleur suscitent beaucoup d'intérêt de la part des médias en tant de canicule.
- Dr Reda Ibrahim explique le remplacement de la valve aortique par cathéter (TAVI) dans un reportage diffusé dans le cadre de l'émission Découverte.
- Dr Peter Guerra, Dr Alain Vadeboncoeur et Dr Richard Marchand ont fait des présences médiatiques remarquées chacun dans leur champs d'expertise.

Prix et distinctions

- **Dr Stanley Nattel** : récipiendaire du Prix du Québec Wilder-Penfield 2019 en recherche biomédicale.
- **Dr Ismail Bouhout** : Resident Poster Competition de l'Association américaine de Chirurgie thoracique (AATS) en avril 2019.
- **Dr Rafik Tadros** : récipiendaire du Prix Martial-G.Bourassa 2019.
- **Drs Louis-Philippe David, Marie-Alexandre Chaix et Marco Julien** : trois fellows, reçoivent la bourse du Bal du Cœur.
- **Hadiatou Barry** : doctorante au Laboratoire de physiologie intégrative humaine du Centre ÉPIC a reçu le prix « Lundbeck Travel Fellowship » pour la qualité de ses travaux de recherche présentés dans le cadre du congrès international de l'« American Autonomic Society »
- **Dr Louis Bherer, Dre Marie-Pierre Dubé, Dr Jean-Claude Tardif et Dr Eric Thorin** ont tous touché des subventions dans le cadre des concours de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme du gouvernement du Canada chargé d'investir dans la recherche en santé.
- **Dr Eric Thorin**, directeur associé de la recherche fondamentale, a reçu le prestigieux titre de chercheur émérite lors des journées de la recherche 2019.
- **Dr Jean-Claude Tardif et Dre Catherine Martel** obtiennent du financement pour leurs chaires de recherche du Programme des Chaires de Recherche du Canada.
- Génome Québec et Ivado font l'annonce d'octroi de subventions pour **Dr Jean-Claude Tardif et Dre Julie Hussin**.
- À l'occasion de la Semaine nationale des soins infirmiers en mai 2019, le Groupe Banque TD a remis des bourses de perfectionnement et de formation à 12 infirmières et infirmiers de l'Institut.
- **Dr Guillaume Lettre** a été admis au Collège de nouveaux chercheurs et créateurs en arts et en science de la Société royale du Canada (SRC)

L'ICM en chiffres

- 2153 employés, dont 565 infirmières et 92 chercheurs permanents
- 256 médecins membres du CMDP, dont 50 cardiologues, 33 chirurgiens cardiaques et 13 anesthésiologistes
- 14 pharmaciens membres du CMDP
- Plus de 250 étudiants, stagiaires, résidents et fellows
- 153 lits
- 64 552 examens en radiologie, dont
 - 19 308 échographies cardiaques
 - 9 824 examens TEP
 - 17 432 examens Scan (TOMO)
 - 4275 examens d'imagerie par résonance magnétique
- 2 209 interventions chirurgicales (excluant les biopsies), dont :
 - 1 115 chirurgies de pontage
 - 677 chirurgies valvulaires
 - 22 greffes/transplantations
- 5 836 procédures en hémodynamie et périphériques
- 4 275 interventions en électrophysiologie



- **148 281** examens en électrocardiographie (ECG), dont :
 - **105 278** ECG au repos
 - **7 609** ECG à l'effort
 - **21 788** pacemakers
 - **9 976** holters
 - **3 630** autres examens
- **8 791** hospitalisations de courte durée
- **18 292** visites à l'urgence
- **72 343** visites en cliniques externes incluant les cliniques externes en médecine de jour
- **1 776** patients ayant bénéficié d'une implantation de tuteur
- **1 103** patients ayant bénéficié de pontages
- **71** chirurgies ont été pratiquées avec le robot chirurgical
- **739** patients ont eu une implantation de cardiostimulateur
- **11** patients ont eu un rehaussement (BIV) de cardiostimulateur
- **177** patients ont eu un remplacement de cardiostimulateur (double et simple chambre)
- **837** patients ont subi une ablation par cathéter
- **587** patients ont eu une implantation de défibrillateur cardiaque
- **183** patients ont eu un remplacement de défibrillateur (simple chambre, double chambre et BIV)
- **51** patients ont eu un rehaussement de défibrillateur (simple chambre, double chambre et BIV)
- Provenance : **44.64 %** de l'Île de Montréal et **55.32 %** de l'extérieur
- Âge moyen des patients : **66 ans**



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

Chapitre III : Attentes spécifiques (voir tableau pages suivantes)

Chapitre IV : Engagements annuels (voir tableau pages suivantes)

Chapitre III : Attentes spécifiques

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

Attente Spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA.)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.	N/D	À cause de la situation avec la Covid-19, cette attente a été annulée.
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	N/D	À cause de la situation avec la Covid-19, cette attente a été annulée.
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté.	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Réalisé.	Les rencontres du Comité tactique ont eu lieu. Les activités de télésanté sont bien en place à l'ICM.
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017-2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du	Autoévaluation au 31 mars 2020 du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	En voie de réalisation.	État de situation transmis au ministère le 13 août 2020.

myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).			
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
7.1 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.	<p>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 un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %.</p> <p>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.</p> <p>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 l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	Réalisé	L'ensemble des objectifs du plan de résorption du RDMA ont été liés à des projets dans Actif +.
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1 Sécurité civile.	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (PNSC). À cet effet, l'établissement doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; 	N/D	À cause de la situation avec la Covid-19, l'échéancier pour cette attente a été repoussé au 14 septembre 2020.



	<ul style="list-style-type: none"> • s’assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d’une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile. 		
8.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux.	Afin d’être conforme à l’attente, l’établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	N/D	À cause de la situation avec la Covid-19, l’échéancier pour cette attente a été repoussé au 14 septembre 2020.
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux.	Afin d’être conforme à l’attente, l’établissement doit lancer le projet d’élaboration d’un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d’établissement. Pour ce faire, la haute direction de l’établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres : <ul style="list-style-type: none"> • la durée estimée du projet; • le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l’élaboration d’un plan de continuité des activités en établissement; • la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l’élaboration du PCA. 	N/D	À cause de la situation avec la Covid-19, l’échéancier pour cette attente a été repoussé au 14 septembre 2020.
8.4 Révision des Programmes d’accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l’élaboration des Programmes d’accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d’accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d’accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis par courriel à l’adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu’au Secrétariat à l’accès aux services en langue anglaise, à l’attention de monsieur Iannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	En voie de réalisation.	Le programme d’accès a été complété et présenté au Comité régional. Nous sommes en attente de leur acceptation.



TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité.	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes: au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sagement la sauvegarde et la restauration des données.	Bilan déposé.	Plan d'action en cours en lien avec les orientations ministérielles en matière de cybersécurité.

Chapitre IV : Engagements annuels

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

La section *Commentaires* sert à identifier :

- Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;
- L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles;
- 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

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 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 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 15-20 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



Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	64.1	80	67.4
<p>Commentaires</p> <p>a. Cette année au grand total nous n'atteignons pas nos cibles d'hygiène des mains, par contre depuis janvier 2019 et jusqu'à la fin de l'année financière nous avons atteint les 84% tout professionnels confondus. Malheureusement cela n'apparaît pas dans les résultats finaux. Nous avons été plus présents, les audits sont effectués à chaque période et les résultats sont diffusés aux équipes de soins. Toutes les mesures de pratiques exemplaires proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont mises en place à l'ICM. Nous constatons une nette amélioration auprès des infirmières et des préposés aux bénéficiaires, ce sont les professionnels de la santé les plus présents auprès de notre clientèle.</p> <p>Depuis le mois d'octobre 2019, nous avons fait l'acquisition d'un logiciel (Speedy audit) pour effectuer beaucoup plus facilement et davantage d'audits de conformité à l'hygiène des mains et nous permettant de produire rapidement les rapports de surveillance en temps direct.</p> <p>Voici les mesures mises en place au cours de l'année 2019-2020 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Augmenter l'accès des distributeurs de gel hydroalcoolique au chevet des patients; 2- Donner accès à des infrastructures pour permettre la pratique de l'hygiène des mains sur les lieux, là où sont prodigués les soins et ajout de lavabos; 3- Effectuer des audits à l'aide d'un logiciel (Speedy audit) et diffuser les résultats; 4- Afficher des aide-mémoire et indicatifs sur les lieux de travail (ex. : affiches des 4 moments à l'entrée des chambres); 5- Offrir de la formation et de l'éducation sur l'hygiène des mains; 6- Développer une culture organisationnelle de sécurité. <p>b. Malgré la non atteinte annuelle de conformité de 80% au final, nous constatons une nette amélioration au cours du dernier trimestre avec atteinte de la cible en janvier et février. Pour l'observation passive, nous constatons une augmentation de la consommation de produit d'hygiène des mains en ml (savon pour les mains et gel hydroalcoolique) en comparaison des années précédentes.</p> <p>c. La façon de faire les audits présente certains biais. L'auditeur doit <u>voir</u> le professionnel procéder à l'hygiène des mains.</p>			



Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	14.77	12	17.31
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	120	145	107
Plan stratégique 15-20 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	66.6	75	72.1
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	63.1	75	62.4
Commentaires			
<ul style="list-style-type: none"> • 1.09.01-PS <ul style="list-style-type: none"> ○ Pénurie de personnel sur les unités d'hospitalisation ○ Congestion hospitalière ○ Délai pour réorientation des cas non cardiaques en l'absence de corridor de services ○ Notre clientèle âgée nécessitant une organisation des services à domicile pour donner congé de l'urgence ○ Parfois besoin de consultants d'autres disciplines qui ne sont pas nécessairement sur place • 1.09.43-PS <ul style="list-style-type: none"> ○ On continue de faire des efforts pour améliorer les processus en lien avec le triage, la passation de tests paracliniques qui sont préalables à la prise en charge médicale (laboratoires et ECG) • 1.09.44-PS <ul style="list-style-type: none"> ○ Tous les tests diagnostiques nécessaires pour notre clientèle en cardiologie (laboratoires sériés, imagerie médicale, radiologie) qui allongent le délai ○ Parfois besoin de consultants d'autres disciplines qui ne sont pas nécessairement sur place 			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Chirurgie			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	0	1
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1	0	3
Commentaires 1.09.32.00-PS : Sur près de 300 cas en attente, un seul cas a attendu plus d'un an. Il s'agit d'un cas compliqué nécessitant la disponibilité de plus d'un chirurgien. Les cas en attente, dont ceux qui attendent depuis plus d'un an et de plus de 6 mois, sont discutés à toutes les semaines au comité de chirurgie et ceux-ci sont programmés en priorité.			

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	74	95	72.5
Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en	100	100	90.6



attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	92.8	100	94.8
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90.8	100	61.8
Plan stratégique 15-20 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)	77.5	100	55.8
Commentaires			
<p>a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte;</p> <p>Écho cardiaque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la demande toujours en continu • Diminution des activités due au COVID en mars 2020 <p>IRM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bris d'un équipement, arrêt 2 mois • Diminution des activités due au COVID en mars 2020 <p>TEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la demande à l'interne ainsi que des transferts en provenance d'autres établissements • Légère diminution des activités due au COVID en mars 2020 			



Augmentation des ressources humaines technologues et médicales pour activités de soir et de fin de semaine de façon à diminuer les délais.

b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles.

Augmentation des activités pour s'ajuster à l'augmentation de la demande et ainsi diminuer les délais d'attente mais tout en respectant la disponibilité des médecins.

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. Aucun problème.



Ressources matérielles			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100
Ressources humaines			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Plan stratégique 15-20			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5.96	5.93	6.96
Plan stratégique 19-23			
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5.98	5.53	7.07
Plan stratégique 15-20			
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.23	0.11	0.23
Plan stratégique 19-23			
3.05.03 - Ratio de présence au travail	N/D	92.72	91.58
Commentaires			
<p>3.01-PS :Malgré le résultat non atteint, nous observons une meilleure santé volet santé mentale chez nos employés. Les absences à ce sujet ont diminué et les absences reliées à des causes reliées au travail ont également diminué.</p> <p>3.05.02 :Temps supplémentaire – Analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation globale des taux de temps supplémentaire - Secteurs ayant les plus grosses augmentations : Perfusion, centrale téléphonique (AA), unité coronarienne (inf.), bloc opératoire (inf.). - Facteurs : pénurie et intensité des soins <p>Nous avons procédé à l'embauche massive de personnel qualifié qui aura une incidence positive sur le temps supplémentaire. Des offres d'emploi flexibles ont aussi été proposées pour augmenter l'attraction.</p> <p>3.06.00 :L'embauche de ressource d'agence explique l'augmentation de nos résultats et la non-atteinte de notre cible. Nous avons procédé à l'utilisation de la MOI à la direction des soins infirmiers pour la première fois dans l'histoire de l'ICM. Ces ressources seront retirées avec l'embauche massive de cohorte qualifiée en quantité suffisante dès l'automne 2020. Nous croyons voir la diminution, voire la disparition de l'utilisation de ces ressources.</p> <p>3.05.03 : Notre résultat à 91.58 démontre une présence au travail soutenue.</p>			



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

L'agrément

L'établissement devait recevoir la visite d'Agrément Canada du 23 au 26 mars 2020 pour l'évaluation du programme de santé physique. En raison de la pandémie de COVID-19, la visite a été annulée et reportée au 24 janvier 2021.

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 : **43 (2 %)** par rapport à l'ensemble des événements)
- Incidents liés au consentement : **21 (1 %)** par rapport à l'ensemble des événements)
- Incidents liés à la médication : **71 (3 %)** 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 : **480 (22 %)** par rapport à l'ensemble des événements)
- Accidents liés aux tests diagnostiques de laboratoire : **291 (13 %)** par rapport à l'ensemble des événements)
- Accidents liés aux traitements : **217 (10 %)** 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
- Campagnes de vaccination
- Échanges et recommandations issus des rapports RARDM (sur le retraitement des dispositifs médicaux critiques)
- Mesures de prévention et de contrôle des bactéries multi résistantes à l'admission (SARM, ERV, BGNPC).
- Mesures de prévention et contrôle des infections saisonnières (influenza, gastroentérite, virus syncital)
- Mesures de prévention et contrôle de la COVID-19
- 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 2019-2020, des contentions ont été appliquées à 48 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.

Recommandations formulées par différentes instances

Commissaire aux plaintes

Au cours de l'année 2019-2020, de nombreuses mesures correctives et d'amélioration (56) ont été mises en place par les instances visées ou concernées par les plaintes examinées et les interventions réalisées. Ceci témoigne du fait que les directeurs et gestionnaires de l'ICM sont proactifs et soucieux d'améliorer le niveau de satisfaction des usagers. Dans la majorité des cas, d'eux-mêmes, avant que la Commissaire n'émette de recommandations, ils instaurent des changements visant à rectifier des situations et à parfaire de façon globale l'expérience des usagers dans le respect de leurs droits.

Seules 2 recommandations ont été émises par la Commissaire au cours de l'année, soit les suivantes :

1. Direction des services professionnels et direction des soins infirmiers, comité du programme pour les soins palliatifs (SP), clinique d'insuffisance cardiaque (CLIC) et département de médecine : Établir un plan de mise en œuvre relatif au développement d'une offre de service en SP pour la clientèle ambulatoire de l'ICM, tel que déjà prévu dans le Programme de soins palliatifs et de soins de fin de vie, particulièrement pour celle de la CLIC, et s'assurer que ces services en SP soient accessibles de façon précoce, dès que le patient le requiert. Cette accessibilité aux SP pour la clientèle ambulatoire implique nécessairement que l'équipe de SP bénéficie de ressources suffisantes, humaines et financières, pour assumer un service de consultation constant auprès des équipes traitantes de l'ICM et un support conseil auprès des ressources de première ligne en SP qui accompagnent les patients de l'ICM à domicile. De plus, soutenir la formation continue des équipes traitantes, médecins et autres professionnels, en matière de SP, afin de favoriser l'intégration précoce des SP par le biais de l'identification clinique proactive des patients qui pourraient bénéficier de cette approche (**en cours**).
2. Direction des services professionnels, direction des services multidisciplinaires, direction des soins infirmiers et comité du programme pour les soins palliatifs : Faire en sorte que le congé (temporaire ou définitif) d'un patient en soins palliatifs soit discuté avec le patient et son proche aidant, par le médecin traitant ou son représentant (résident ou IPS) uniquement. De plus, le médecin traitant doit aviser l'infirmière de soins palliatifs au dossier et l'infirmière de liaison dans un délai raisonnable, soit de préférence la veille du congé ou quelques jours avant, de manière à ce qu'elles puissent organiser les soins et services requis pour le retour à domicile et faire le suivi avec les intervenants impliqués dans le dossier (**réalisée**).

Protecteur du citoyen

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

Bureau du coroner

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.

Rapport reçu dans l'établissement le 27 mars 2019. À la suite des recommandations du coroner, ces mesures ont été mise en place en 2019-2020 :

- Reprise du comité multidisciplinaire de prévention des chutes en mai 2019
- Dépistage et repérage des patients à risques de chute à l'aide des outils ISAR et Prisma-7 et complétion de la grille d'évaluation du risque de chute
- Établissement d'un plan de soins personnalisé découlant de l'évaluation du risque de chute
- Groupe de travail pour l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)
- Formation sur la prévention des chutes à l'embauche des infirmières et des préposés aux bénéficiaires (PAB)
- Tournées régulières effectuées par les infirmières en alternance avec les PAB aux trente minutes
- Application des précautions universelles de prévention des chutes (ex : environnement sécuritaire et dégagé, cloche à portée de main, hauteur du lit sécuritaire, ridelle du lit abaissée, etc.)
- Disponibilité des aides techniques à la marche
- Révision des ordonnances collectives afin de limiter l'utilisation des benzodiazépines, particulièrement chez les personnes âgées.

Les mises sous garde

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

	Mission CH	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	()	()
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	0
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	0
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)	0	0

() : 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

Tableau : Application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	NOMBRE
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	276
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	6
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées <i>Information complémentaire: un des patients a formulé sa demande d'aide médicale à mourir en mars 2019 (année financière 2018-2019), mais il l'a reçue en avril 2019 (année financière 2019-2020). Donc, sa "demande formulée" a été comptabilisée dans le tableau de l'année financière 2018-2019 et l'administration dans le tableau actuel, tel que demandé par la Commission sur les soins de fin de vie.</i>	5
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs <i>Information complémentaire : un patient est décédé avant la fin du processus d'évaluation et l'autre ne répondait pas aux critères d'admissibilité de l'aide médicale à mourir.</i>	2

7. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel 12431656 - Institut de Cardiologie de Montréal

Tableau : Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars et nombre d'équivalent temps complet (ETC)

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	564	455
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	395	310
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	288	258
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	230	188
5 - Personnel non visé par la loi 30	18	17
6 - Personnel d'encadrement	56	53
Total	1 551	1 281

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.



La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement

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

12431656 - Institut de cardiologie de Montréal	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	93 722	2 380	96 102
2 - Personnel professionnel	203 804	3 921	207 725
3 - Personnel infirmier	780 951	65 969	846 920
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	1 059 702	51 609	1 111 310
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	263 174	4 295	267 469
6 - Étudiants et stagiaires	5 896	8	5 904
Total 2019-2020	2 407 249	128 181	2 535 431
Total 2018-2019			2 470 423

Cible 2019-2020

2 517 803

Écart

17 627

Écart en %

0,7%

NOTE

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 (2019-2020)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses (\$)	%	Dépenses (\$)	%	Dépenses (\$)	%
Programmes-services						
Santé publique	786 722	0,45%	788 913	0,48%	-2 191	-0,28%
Service généraux - Activités cliniques et d'aide	0	0,00%	10 286	0,01%	-10 286	-100,00%
Soutien à l'autonomie des personnes âgées						
Déficiences physiques						
Déficiences intellectuelles et TSA						
Jeune en difficulté						
Dépendances						
Santé mentale	80 485	0,05%	101 758	0,06%	-21 273	-20,91%
Santé physique	136 769 284	78,05%	127 226 479	77,55%	9 542 805	7,50%
Programme soutien						
Administration	13 423 941	7,66%	12 645 394	7,71%	778 547	6,16%
Soutien aux services	10 759 259	6,14%	10 274 818	6,26%	484 441	4,71%
Gestion des bâtiments et des équipements	13 420 288	7,66%	13 017 056	7,93%	403 232	3,10%
Total	175 239 979	100%	164 064 704	100%	11 175 275	6,81%

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.

L'équilibre budgétaire

Pour l'exercice 2019-2020, l'établissement a terminé l'exercice avec un surplus de 189 398 \$ sur des dépenses de 225 M\$ au niveau du fonds d'exploitation et un déficit de 758 470 \$ au fonds d'immobilisation. L'établissement présente donc un déficit global de 569 072 \$. 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 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

CONTRATS DE SERVICES 2019-2020	NOMBRE	VALEUR
Contrat de services avec une personne physique	1	61 880,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	59	8 543 618,00 \$
Total des contrats de services	60	8 605 498,00 \$

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

Signification des codes

Nature (colonne 3) : **R (réserve), O (observation), C (commentaire)**

État de la problématique (colonne 5, 6 et 7) : **R (régulé), PR (partiellement réglé), NR (non réglé)**

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 2019-2020	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
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	2019-2020	O	Aucune mesure ne sera prise car la présentation est conforme à celle exigée par le Manuel de gestion financière	R		
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Anomalie non corrigée au 31 mars 2020						
Surévaluation des autres débiteurs et sous-évaluation de la charge de mauvaise créance de 1 695 235\$ (1 978 996\$ au 31 mars 2019)	2019-2020	O	Ajustement prévu aux prochains exercices			NR
L'établissement a encouru un déficit au montant de 569 068 \$, ce qui contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire.	2019-2020	O	Ce déficit s'explique par le traitement comptable associé au fonds d'immobilisation jusqu'au 31 mars 2015 tel qu'expliqué à la note 4 de la page 270 du rapport financier annuel.			NR
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.	2018-2020	O	Cette information ne peut être obtenue par la SQI	R		



10. La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible dans notre établissement.



ANNEXE

[Code d'éthique et de déontologie des administrateurs](#)



INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

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

TABLE DES MATIÈRES

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondements légaux

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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

4. Champ d'application

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

5. Divers

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

6. Diffusion

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

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'ICM

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

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

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

8.12 Non-emploi par l'ICM

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES I à VII

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

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du -
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 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 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