



L'INSTITUT : FIGURE D'EXCELLENCE

FIGURE D'EXCELLENCE



Obésité
M. Sébastien St-Pierre
9 décembre 2019



Pneumologie
M^{me} Lucie Frenette
12 décembre 2019



Cardiologie
M. Jean-Marie Gagnon
18 décembre 2019

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



L'INSTITUT EN BREF...

FIGURE D'EXCELLENCE



3 500

personnes, une
équipe dévouée



16 333

hospitalisations



130 331

visites en mode
ambulatoire



306 M\$

de budget
annuel



27 520

visites à
l'urgence



2 948

usagers ayant subi
une chirurgie
cardiaque



872

usagers ayant subi
une chirurgie
thoracique



683

usagers ayant subi
une chirurgie
bariatrique



2 133

étudiants et
stagiaires en
enseignement



438

étudiants et
stagiaires de
recherche



184

chercheurs



717

publications



L'INSTITUT **AGRÉÉ**

En novembre 2018, l'établissement a été agréé

par Agrément Canada, avec un **taux de conformité aux normes de 98,95 %**.

Cette accréditation couronne tous les efforts déployés par le personnel, les médecins et les bénévoles pour atteindre ce niveau d'excellence.

En effet, tous ont travaillé avec rigueur et persévérance pour répondre aux plus hauts standards de qualité.

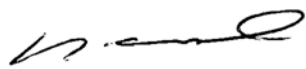
2019-2020

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Les résultats et les données pour l'exercice 2019-2020 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut) :

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

Je déclare 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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.



Denis Bouchard
Président-directeur général

Le présent rapport annuel de gestion a été déposé et adopté par le conseil d'administration de l'Institut lors d'une assemblée extraordinaire tenue le 10 septembre 2020. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « INSTITUT », section « Documents institutionnels », rubrique « Rapports annuels de gestion ». Sous le même onglet, vous trouverez également le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section « Qui sommes-nous? », rubrique « Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels ».

Note au lecteur

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage les diminutifs « Institut » ou « IUCPQ-UL » pour se référer à l'appellation complète « Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval ». Plusieurs photographies publiées dans ce document ont été prises avant l'épisode de la COVID-19, soit au moment où la distanciation sociale et le port du masque n'étaient pas obligatoires. Enfin, le genre masculin a été utilisé pour alléger le texte, à l'exception du terme « infirmière ».

ISSN 1920 9401 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Direction des ressources humaines et des communications

2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone : 418 656-4932

Télécopieur : 418 656-4561

IUCPQ.qc.ca

IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS.....	6
STATISTIQUES ANNUELLES.....	7
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	8
L'INSTITUT : FIGURE D'EXCELLENCE.....	9
TRAJECTOIRES DE SOINS ET SERVICES.....	10
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE.....	12
PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES.....	14
AXE – HABITUDES DE VIE.....	15
AXE – PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	15
AXE – PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE.....	16
AXE – SERVICES SPÉCIALISÉS.....	17
AXE – SÉCURITÉ ET PERTINENCE.....	17
AXE – PERSONNES ÂGÉES.....	18
AXE – PERSONNES VULNÉRABLES.....	19
AXE – MOBILISATION DU PERSONNEL.....	20
AXE – ORGANISATION EFFICIENTE.....	23
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	30
AFFAIRES UNIVERSITAIRES.....	31
■ DIRECTION DE LA RECHERCHE : UN CENTRE DE RECHERCHE DE RÉFÉRENCE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN OBÉSITÉ.....	31
■ DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES.....	33

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS ET LES CONSEILS PROFESSIONNELS	37
▪ CONSEIL D'ADMINISTRATION	37
▪ ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION	38
▪ COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE	40
▪ COMITÉ DE VÉRIFICATION	41
▪ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	42
▪ COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES	43
▪ COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION	44
▪ COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES	45
▪ COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES	46
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT	47
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	48
▪ COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES	49
▪ COMITÉ DE RÉVISION.....	51
▪ COMITÉ DES USAGERS	52
▪ CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	53
▪ COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES	54
▪ CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS	55
▪ CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	56
▪ PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES.....	57
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES	58
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	59
FONDATION IUCPQ	66
▪ MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION	66
▪ OÙ VONT LES DONS?	67
▪ LA FONDATION IUCPQ REMET PLUS DE 1 000 000 \$ À DES CHERCHEURS DE L'INSTITUT	67

MESSAGE DES AUTORITÉS

Nous avons le plaisir de vous présenter les principales activités de l'Institut réalisées au cours de l'année financière 2019-2020. Certaines priorités ont particulièrement retenu l'attention du conseil d'administration et du comité de direction. Voici un aperçu de ces réalisations.

Afin de s'assurer de pouvoir répondre aux besoins futurs de sa clientèle, l'Institut progresse dans l'actualisation de son plan clinique, appuyé par le MSSS. Il s'agit d'un projet structurant pour la pérennité de notre institution et le maintien d'une offre de service de qualité, efficiente et sécuritaire.

En vue d'assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et d'offrir un milieu de travail sain et sécuritaire, certaines stratégies en matière de gestion des ressources humaines ont été revues. Pensons notamment à des travaux dans certains secteurs pour rehausser la structure de postes et à des actions organisationnelles pour favoriser la qualité de vie au travail. Un suivi rigoureux des activités des ressources humaines est d'ailleurs effectué par le conseil d'administration.

Le dernier trimestre de l'année financière aura été marqué par l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19. Dès le mois de janvier, le MSSS a identifié l'Institut comme centre désigné COVID-19. À partir de ce moment, plusieurs comités stratégiques, tactiques et opérationnels ont été déployés au sein de l'Institut afin de mettre en place des actions innovantes pour réviser l'offre de service en contexte de crise sanitaire, assurer l'utilisation efficiente des ressources humaines, matérielles et financières et ainsi préserver la protection et la sécurité des usagers et du personnel. L'Institut s'est également démarqué dans l'exploration de solutions innovantes telles que la désinfection d'équipements de protection individuelle et la mise en place de *coachs* en prévention et contrôle des infections. La participation de l'Institut à la structure de sécurité civile a également favorisé une concertation et une collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

En terminant, nous pouvons témoigner de la grande mobilisation sans précédent que nous avons connue dans ce contexte exceptionnel. En effet, l'ensemble du personnel a travaillé avec ardeur et déployé tous les efforts nécessaires pour assurer des services essentiels et sécuritaires à la population. Qui plus est, le personnel de l'Institut a répondu favorablement à l'appel provincial de volontariat pour offrir ses services dans les établissements aux prises avec des éclosions importantes de la COVID-19 afin d'assurer les services essentiels et le bien-être aux personnes vulnérables, dans des conditions exceptionnelles et inédites.

Bonne lecture!




Laurent Després, FCPA, FCA, FCBV
Président du conseil d'administration




Denis Bouchard
Président-directeur général

STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2019-2020	2018-2019	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	338	338	0,00 %
Nombre de lits - dressés	327	327	0,00 %
Admissions	16 205	16 346	-0,86 %
Départs	16 333	16 299	0,21 %
Durée moyenne de séjour (jours)	5,9	6,2	-4,47 %
Occupation des lits disponibles (en %)	80,2	84,7	-5,31 %
Total jours-présence	97 074	101 206	-4,08 %
- courte durée	96 266	100 877	-4,57 %
- longue durée	808	329	145,59 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	4 928	4 833	1,97 %
- chirurgie cardiaque	2 948	2 826	4,32 %
- chirurgie thoracique	872	834	4,56 %
- chirurgie générale	360	464	-22,41 %
- chirurgie bariatrique (obésité)	683	647	5,56 %
- autres spécialités	65	62	4,84 %
Heures présence des usagers	16 205	16 595	-2,35 %
Total usagers	4 928	4 833	1,97 %
- hospitalisés	4 812	4 674	2,95 %
- en chirurgie d'un jour	116	159	-27,04 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 334	11 450	-1,01 %
- coronarographies	4 386	4 549	-3,58 %
- angioplasties	3 716	3 747	-0,83 %
- études électrophysiologiques	93	89	4,49 %
- ablations	1 193	1 061	12,44 %
- cardiostimulateurs & défibrillateurs	1 532	1 550	-1,16 %
- autres procédures	414	454	-8,81 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 559	1 565	-0,38 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	17	15	13,33 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	136 153	133 021	2,35 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 764 756	2 872 261	-3,74 %
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	19 415	19 906	-2,47 %

	2019-2020	2018-2019	VARIATION
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	2 060	1 976	4,25 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	71 674	72 815	-1,57 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	450	593	-24,11 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	12 752	12 965	-1,64 %
- endoscopie digestive	6 553	6 279	4,36 %
- endoscopie respiratoire	6 199	6 686	-7,28 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	811	912	-11,07 %
- hémodialyse	811	912	-11,07 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	7 001	6 574	6,50 %
Traitements	3 545	3 078	15,17 %
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	50 193	48 159	4,22 %
Usagers	31 455	30 332	3,70 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	16 968	17 299	-1,91 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	10 604	9 884	7,28 %
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	147 788	150 993	-2,12 %
- électrophysiologie	124 317	127 059	-2,16 %
- échocardiographie	23 471	23 934	-1,93 %
URGENCE			
Visites	27 520	26 260	4,80 %
Usagers sur civières	14 276	14 108	1,19 %
Usagers ayant séjourné plus de 24 heures	1 282	1 515	-15,38 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	14 608	14 781	-1,17 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	20 932	21 201	-1,27 %
ALIMENTATION			
Repas	647 440	660 703	-2,01 %
NUTRITION CLINIQUE			
Usagers	7 980	7 698	3,66 %

EN GUISE D'INTRODUCTION

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

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

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

Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

- un institut universitaire suprarégional établi depuis 1918;
- un établissement qui compte sur la collaboration et le dévouement de 3 500 employés, médecins, professionnels, chercheurs, gestionnaires et bénévoles;
- le seul centre hospitalier au Canada à offrir, sous un même toit, des soins et des services spécialisés et ultraspecialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité;
- le centre hospitalier ayant le plus important volume clinique en cardiologie tertiaire sur un même site au Canada;
- le centre de référence en soins tertiaires pour plusieurs autres centres canadiens de chirurgie cardiaque;
- l'un des plus importants centres de médecine respiratoire au Canada;
- un établissement d'excellence en chirurgie bariatrique;
- l'établissement possédant un ratio de lits de soins intensifs et intermédiaires parmi les plus élevés au Québec;
- un centre hospitalier comportant une médecine spécialisée adaptée à sa mission et très efficace, qui favorise une approche de santé globale et continue;
- un institut reconnu par le MSSS pour la gestion et l'atteinte des cibles de soins et de services au Département de l'urgence;
- un milieu de stage dynamique et propice en enseignement pour de nombreuses disciplines liées au domaine de la santé;
- un institut qui se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspecialisés;
- un institut qui possède un centre de recherche reconnu à l'échelle internationale;
- une institution officiellement désignée « Centre de référence, cancer du poumon » et « Centre affilié, cancer de l'œsophage ».



Salle hybride

L'INSTITUT : FIGURE D'EXCELLENCE

MISSION

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

VISION

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

À titre d'institut, nous nous distinguons par :

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

LES COMPORTEMENTS ÉTHIQUES QUI NOUS GUIDENT

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

LES VALEURS QUI NOUS PORTENT

LE RESPECT

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

LA RECONNAISSANCE

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

LA RESPONSABILISATION

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

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT

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

TRAJECTOIRES DE SOINS ET SERVICES

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

TRAJECTOIRE	COMPOSANTE	SERVICE
CHIRURGIE CARDIAQUE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique ambulatoire de chirurgie cardiaque • Préadmission • Cœur mécanique • Maladie aortique • Cardiopathie congénitale • Valve percutanée et chirurgie valvulaire • Clinique dentaire
	Unité de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins intermédiaires	
MÉDECINE CARDIAQUE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire d'hémodynamie et d'électrophysiologie • Cliniques ambulatoires <ul style="list-style-type: none"> - Cardiostimulateurs - Fibrillation auriculaire, génétique - Insuffisance cardiaque - Transplantation cardiaque • Échocardiographie
	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unité coronarienne et de soins intermédiaires	
CHIRURGIE THORACIQUE/ ONCOLOGIQUE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique ambulatoire de chirurgie thoracique • Guichet de coordination et d'investigation du cancer du poumon
	Unité de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Unités de soins intensifs et de soins intermédiaires	
MÉDECINE PULMONAIRE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques spécialisées de pneumologie <ul style="list-style-type: none"> - Apnée du sommeil - Asthme - Bronchectasie - Fibrose kystique - Hypertension pulmonaire - Maladie interstitielle - MPOC • Service ambulatoire de thérapie systémique contre le cancer (salle d'oncologie) • Endoscopie respiratoire (salle interventionnelle) • Laboratoire régional des troubles respiratoires du sommeil • Physiologie respiratoire
	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'hospitalisation
	Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national d'oxygénothérapie à domicile • Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

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

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

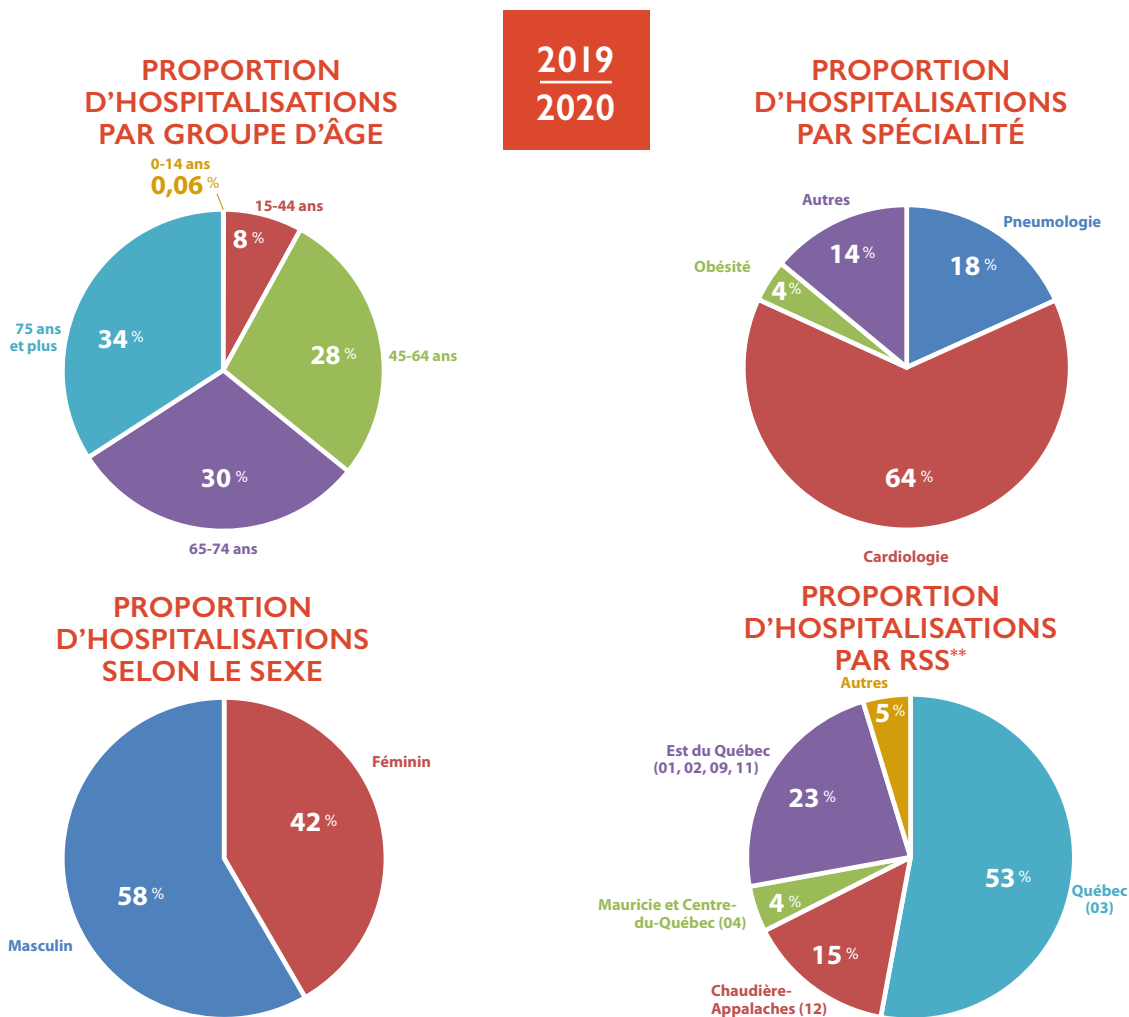
L'Institut dessert principalement la population du centre du Québec et de l'est de la province. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2019-2020, 53 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 47 % est hors région.

Les hospitalisations sont demeurées stables par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 16 333* hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 5,99 jours par rapport à 16 299 en 2018-2019, pour une DMS de 6,22 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 64 % et 18 %. Les autres spécialités totalisent 18 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité.

La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans pour un taux de 34 %. Suit de près la tranche d'âge de 65-74 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels la médecine interne et les services dentaires curatifs. Pour 2019-2020, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 130 331 visites pour 45 296 usagers, par rapport à 129 008 visites pour 45 072 usagers en 2018-2019. Cela représente une augmentation de 1,0 % des visites et de 0,5 % des usagers.

* Représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

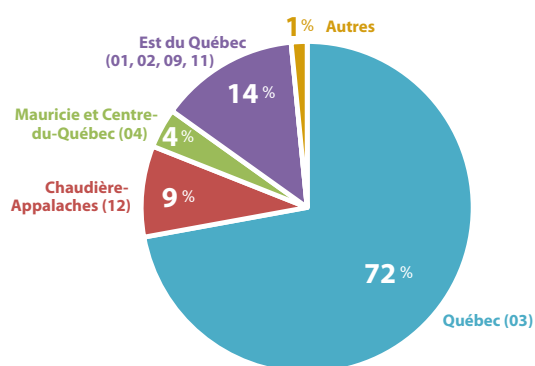


** Régions sociosanitaires du Québec

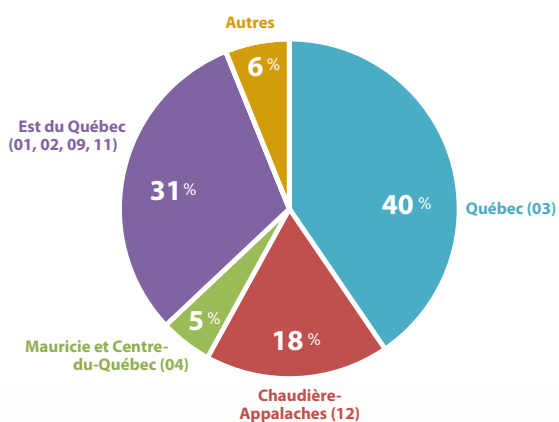
2019
2020

PROPORTION
D'HOSPITALISATIONS
PAR RSS PAR SPÉCIALITÉ

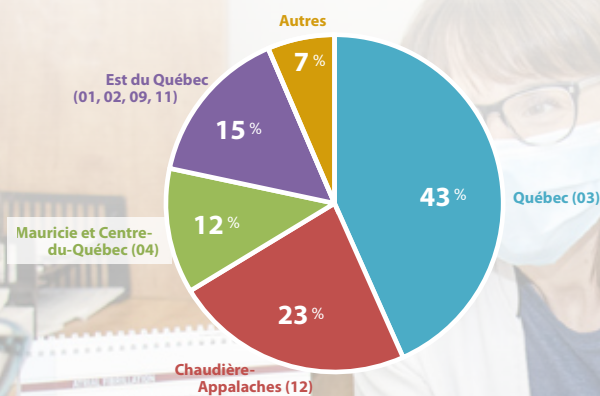
PNEUMOLOGIE



CARDIOLOGIE



OBÉSITÉ



■ PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

- AMÉLIORER ET DÉVELOPPER LES INFRASTRUCTURES
- ASSURER LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES
- ASSURER L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SECTEURS DE POINTE
- ATTEINDRE, AVEC L'USAGER, LES PLUS HAUTS STANDARDS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ
- AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES SECTEURS OÙ LA PRODUCTIVITÉ EST SOUS-OPTIMALE
- AMÉLIORER LA LOGISTIQUE HOSPITALIÈRE



Camille Lebel, infirmière et un usager



AXE* – HABITUDES DE VIE

CERTIFICATION ENTREPRISE EN SANTÉ ÉLITE



L'Institut maintient sa certification Entreprise en santé Élite par la qualité des actions réalisées pour les intervenants de l'Institut. Le comité santé et mieux-être (CSME) a d'ailleurs mis en valeur les intervenants, en créant plusieurs activités pour faire connaître différents métiers ou professions. Par exemple, des cartes « Merci » ont été personnalisées par chaque équipe afin d'être offertes aux agentes administratives et des capsules vidéo ont été diffusées (sphère pratique de gestion). Le CSME a également mis de l'avant toutes les activités ou tous les outils offerts à l'Institut pour prendre soin de sa santé psychologique. Enfin, le sondage sur la mobilisation a démontré que les priorités attendues sont la conciliation travail et vie personnelle ainsi que les pratiques de gestion.



L'équipe « On s'occupe de votre santé! »

* La présentation de ce rapport annuel de gestion est inspirée des objectifs et des axes du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Afin d'alléger le contenu, seuls les axes de ce plan touchant directement notre établissement ont été conservés.

AXE – PRÉVENTION DES INFECTIONS

RÉVISION DES PROCÉDURES DE DÉSINFECTION

Nous avons récemment introduit dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'Institut un nouveau produit qui nous permet de passer d'une désinfection, qui était auparavant faite en trois étapes, à une désinfection qui ne requiert maintenant que deux étapes. Le nouveau produit à base de peroxyde d'hydrogène permet d'éviter de rincer à l'eau entre chaque étape. Cette solution nous permet ainsi de détruire efficacement les micro-organismes. Jusqu'à présent, les résultats sont concluants et les délais de désinfection ont été réduits de 20 %. Cela nous permet de réinvestir ce temps.

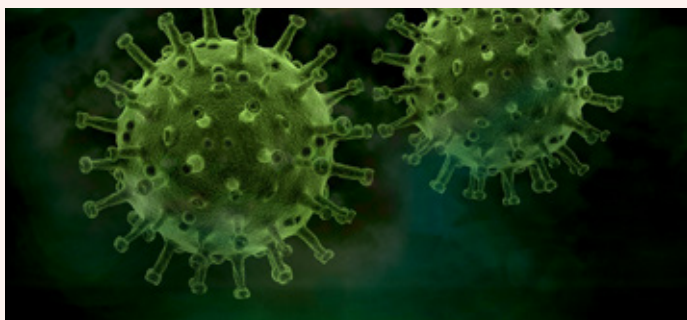


Désinfection d'une chambre

SURVEILLANCE DU CORONAVIRUS

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) a travaillé au cours des dernières semaines avec plusieurs partenaires afin d'assurer la prise en charge des usagers COVID-19, et ce, de manière exemplaire. Plusieurs

interventions ont été réalisées, notamment la conversion de chambres régulières en chambres à pression négative, la révision des pratiques d'hygiène et d'étiquette respiratoires, la création d'outils cliniques, des simulations interdisciplinaires de prise en charge des usagers COVID-19 et la mise en place d'une équipe de *coachs* en PCI présente sur les trois quarts de travail pour assurer le port et le retrait adéquats des équipements de protection individuelle. La pandémie n'est pas terminée, mais nous sommes prêts plus que jamais, comme organisation, à prodiguer des soins hautement sécuritaires.



AXE – PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE

GESTION DES SÉJOURS À L'URGENCE : CIBLES ET PRISE EN CHARGE DE L'USAGER

L'établissement a instauré plusieurs mesures organisationnelles structurantes afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle à son arrivée à l'urgence jusqu'à son congé, et les actions réalisées tant à l'interne qu'en étroite collaboration avec nos partenaires de la Capitale Nationale ont amené des résultats significatifs permettant d'améliorer l'expérience usager. Ainsi, le Service de l'urgence a réussi à diminuer la durée moyenne de séjour sur civière (DMS) de 53 minutes, soit 11,91 heures au cumulatif (cible ministérielle établie à 12 heures). La DMS des usagers hospitalisés a connu une diminution importante de l'ordre de 1,22 heure pour un séjour de

13,77 heures avant l'admission, ce qui représente une valeur ajoutée pour les usagers nécessitant une hospitalisation. Nous observons également une diminution importante de 233 séjours sur civière de plus de 24 heures (total de 1 282), et ce, malgré une augmentation de 1 260 visites (27 520 visites en 2019-2020). Le taux d'occupation des civières a également connu une diminution de 6,3 % (92,44 %). Pour les séjours sur civière de plus de 48 heures, bien que peu fréquents en 2018-2019 avec 39 séjours, leur nombre a chuté de façon importante à sept séjours en 2019-2020, pour un pourcentage de seulement 0,05 % de la clientèle concernée, soit une amélioration notable.

STATISTIQUES : HOSPITALISATIONS ET URGENCE

		2019-2020	2018-2019	2017-2018	2016-2017
HOSPITALISATION	Nombre d'hospitalisations	16 333	16 299	15 598	15 396
	Durée moyenne de séjour courte durée	5,99	6,22	6,29	6,44
	Jours-présence courte durée	96 266	100 877	97 913	97 915
	Durée moyenne de séjour longue durée	14,96	22,00	22,88	25,13
	Jours-présence longue durée	808	330	672	1 702
	% moyen d'occupation selon lits disponibles	80,2	84,67	86,27	88,11
URGENCE	DMS sur civière urgence (heures)	11,91	12,80	12,35	13,25
	DMS usagers hospitalisés (heures)	13,77	14,99	13,35	14,70
	Nombre d'usagers sur civière urgence	14 276	14 108	13 301	13 461
	Délai arrivée et demande d'admission (heures)	7,8	7,6	7,10	7,62
	Délai moyen entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soins (cardiologie)	5,15	7,36	6,17	7,0
	% de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de deux heures	68,6	70,0	66,9	67,8
	% de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour est moins de quatre heures	59,8	59,8	56,9	57,3
	% d'usagers sur civière plus de 24 heures	8,98	10,74	8,11	13,78
	Nombre d'usagers sur civière plus de 24 heures	1 282	1 515	1 079	1 855
	% d'usagers sur civière plus de 48 heures	0,05	0,28	0	0,10
	Nombre d'usagers sur civière plus de 48 heures	7	39	0	14

AXE – SERVICES SPÉCIALISÉS

CINQ NOUVELLES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS

Cinq nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en soins aux adultes (IPSSA) ont intégré les secteurs de la médecine interne et de l'oncologie thoracique. Ces dernières s'ajoutent aux cinq IPSSA déjà en place depuis quatorze ans dans les secteurs de la chirurgie cardiaque et de l'insuffisance cardiaque. L'offre de services des IPSSA se diversifiera dans les prochaines années puisque d'autres domaines de soins seront déployés. L'Institut

est un leader et un modèle inspirant au Québec pour l'implantation du rôle de l'IPSSA, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. L'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité, l'accessibilité, la sécurité et la continuité des soins et des services.

AXE – SÉCURITÉ ET PERTINENCE

SUIVI DE LA VISITE D'AGRÉMENT CANADA

À l'issue de la visite d'Agrément Canada en 2018, l'Institut s'est vu décerner un agrément avec une note globale de 98,9 %. Bien que l'Institut ait obtenu une note presque parfaite, les travaux se sont poursuivis pour répondre aux normes d'excellence toujours en constante évolution. En effet, les deux priorités organisationnelles suivantes ont été tirées des informations apparaissant au rapport d'agrément et elles ont fait l'objet de travaux importants qui se poursuivront au cours de la prochaine année :

1. poursuivre le déploiement de l'approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
2. définir les contours d'une approche éthique de proximité.

Plusieurs activités ont été réalisées dans le but d'implanter les nouveautés, d'évaluer ainsi que de consolider les pratiques organisationnelles requises (POR) et les normes d'excellence, le tout dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

HYGIÈNE DES MAINS

Une légère augmentation de 1 % du taux d'hygiène des mains a été notée en 2019-2020 (65 %) par rapport à l'année 2018-2019 (64 %). De plus, l'ensemble des unités de soins présente un taux global à 57 % ou plus. La variation des professionnels réalisant les observations dans les unités de soins permet d'obtenir des données représentatives de la réalité de cette pratique. Aussi, l'ensemble de la méthodologie recommandée par les instances

Principales activités réalisées :

- évaluation de notre culture de sécurité à l'aide du sondage d'Agrément Canada;
- évaluation de la qualité de vie au travail des médecins à l'aide du sondage Pulse d'Agrément Canada;
- mise en place d'un groupe de travail ayant le mandat d'évaluer et de promouvoir les POR auprès des intervenants;
- appropriation du manuel de santé physique par les équipes de soins en préparation de la prochaine visite.

En 2020-2021, les visiteurs d'agrément seront à nouveau dans nos murs afin d'évaluer dans quelles mesures les normes du manuel de santé physique d'Agrément Canada sont respectées. Ils examineront attentivement les POR, lesquelles sont reconnues pour leurs répercussions importantes sur la sécurité des usagers ainsi que sur la qualité des soins et des services.

gouvernementales est respecté. Le moment N° 1 est stable à 57 %. Des actions seront déployées pour accroître ce taux. Notons par ailleurs que le moment N° 4 a augmenté de 3 % cette année et s'élève à 73 %, une première!



PLAN CLINIQUE ET IMMOBILIER : PROJET DE CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE AILE DE SOINS DE 64 LITS

La pleine actualisation du plan clinique implique un projet majeur dont l'échéancier est de 10 à 15 ans. Transitoirement, pour soutenir le développement des activités de l'Institut, notamment en ce qui concerne les travaux de la phase II de l'agrandissement du bloc opératoire, il est nécessaire d'ajouter des lits au parc actuel.

Pour ce faire, une nouvelle aile de soins, située du côté ouest du site et parallèlement au pavillon Notre-Dame (D), sera construite. Le projet est actuellement à l'étape de la production des études et des esquisses. Il est prévu que les activités cliniques puissent débuter en septembre 2022.

PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 DE LA LSSS)

Au cours de l'année, des contentions ont été appliquées à 69 usagers. L'application des contentions demeure une option de dernier recours auprès de notre clientèle et de nombreuses mesures alternatives sont utilisées au préalable. La Direction des soins infirmiers, en collaboration avec

le comité interdisciplinaire sur l'utilisation des mesures de contrôle, assure un suivi régulier du plan d'action annuel. Ce plan contient des objectifs et des activités planifiées qui assurent la mise en place des pratiques exemplaires de l'utilisation des mesures de contrôle.

RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de l'année, aucun dossier de plainte n'a fait l'objet d'une demande auprès du Protecteur du citoyen. Voir également une mention dans le volet « Procédure d'examen des plaintes » à la page 57.

RECOMMANDATIONS DU CORONER

Il n'y a eu aucune recommandation d'un coroner formulée spécifiquement à notre établissement cette année. Toutefois, certains rapports ont été déposés au comité de vigilance et de la qualité, présentant des situations qui

pourraient survenir dans tout établissement de santé, dont l'Institut. Les suivis requis ont été réalisés à titre préventif.

AXE – PERSONNES ÂGÉES

NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS

La poursuite des travaux à l'égard de la clientèle requérant un niveau de soins alternatifs (NSA), en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, a permis d'améliorer notre accessibilité et de consolider la trajectoire de soins et de services. Pour l'année 2019-2020, le séjour moyen d'un usager en statut NSA, dont l'état de santé ne requiert plus de soins aigus par notre établissement, a été de 12,8 jours comparativement à 12,9 jours en 2018-2019.

Au cours de la dernière année, les efforts ont été concentrés sur l'amélioration des processus cliniques et administratifs d'orientation des usagers en NSA. En effet, les données relatives aux usagers NSA en processus d'orientation constituent de bons indicateurs de la qualité et de la

performance concernant la concertation ainsi que la collaboration interprofessionnelle et interétablissement.

Plusieurs mesures structurantes ont été déployées, soit : la réalisation d'un atelier kaizen* blitz visant à accroître la satisfaction des employés et des usagers pour la trajectoire d'orientation, la réalisation d'audits de conformité sur les unités de soins, l'actualisation d'une trajectoire de communication et d'escalade des cas complexes ainsi que la révision de la pertinence de l'information transmise lors des caucus interétablissements. Ces mesures ont été bénéfiques, puisque le délai moyen des usagers en variable d'orientation est passé de 8,4 jours en 2018-2019 à 6,4 jours en 2019-2020 (la cible est de sept jours).

* Utilisé en amélioration continue, l'atelier kaizen consiste à identifier les causes des problèmes et des dysfonctionnements ainsi que les solutions à apporter pour améliorer un processus à l'aide des acteurs concernés.

AXE – PERSONNES VULNÉRABLES

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Conformément à la *Loi concernant les soins de fin de vie*, l'Institut offre les meilleurs standards de pratique à l'égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs et qui désire une sédation palliative continue ou exprimant la volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir (AMM). La qualité des actes médicaux et des soins offerts est évaluée périodiquement par le conseil des médecins, dentistes et

pharmaciens (CMDP) de l'établissement. Pour les besoins du présent rapport, le bilan des soins de fin de vie illustré dans le tableau ci-dessous prend en compte les données du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Un rapport annuel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut.

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	654
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	40
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	51
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	25
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	26
	Ne répond pas aux critères..... (7)	
	Inapte à consentir au soin..... (1)	
	Conditions favorables, mais a cessé d'y répondre au cours du processus..... (4)	
	Retrait de la demande..... (6)	
	Décès avant l'administration..... (1)	
	Décès avant la fin de l'évaluation (7)	
	Déclin rapide avant l'administration (0)	
	Transfert aux soins palliatifs..... (0)	

PERSONNES MISES SOUS GARDE

	Mission CH IUCPQ-UL	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	11	Sans objet	Sans objet	Sans objet	11
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()

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

NIVEAUX DE SOINS

L'institut s'est doté d'une politique relative à l'application des niveaux de soins, dont l'objectif poursuivi est que tout usager et ses proches reçoivent l'information concernant la détermination du niveau d'intensité thérapeutique souhaité par l'usager ou son représentant dans le cadre de son parcours de soins, incluant le statut de réanimation cardiorespiratoire. La prise de décision est effectuée en étroite collaboration avec le médecin traitant ou le

consultant. La détermination des niveaux de soins est une démarche dynamique qui comporte cinq composantes : la discussion, la détermination, la documentation, la transmission et l'application. Une procédure a également été adoptée pour préciser les rôles et responsabilités de chacun des intervenants dans un souci d'harmonisation et de continuité des soins et des services au sein de l'Institut et lors des transferts interétablissements.

AXE – MOBILISATION DU PERSONNEL STRATÉGIE D'ATTRACTION, DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'OEUVRE

Au cours de la dernière année, la Direction des ressources humaines et des communications a déployé différentes stratégies de recrutement, entre autres la participation à 22 activités de recrutement au Québec et à l'international ainsi que la réalisation de deux campagnes de communication d'envergure. Dans les stratégies d'attraction et de rétention, des actions ont été mises en place pour améliorer les conditions de travail du personnel, dont le rehaussement de postes, la création de postes à temps complet et la stabilisation de postes ayant une

composante équipe volante. De plus, l'Institut a déployé tous les efforts pour favoriser des pratiques exemplaires en matière de gestion de la santé, du mieux-être et de la sécurité des employés. Soucieux d'améliorer la qualité de l'environnement de travail à l'Institut, la direction a procédé à une consultation portant sur le climat organisationnel. À cet égard, un plan d'action sera mis en œuvre au cours de la prochaine année.



**JOINS-TOI À
MOI!**

**ALEXANDRA
INFIRMIÈRE**

**L'INSTITUT
RECRUTE**

RÉPARTITION DE L'FFECTIF PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL AU 31 MARS 2019 (MSSS)

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	1 168	945
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	635	471
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	378	330
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	268	220
5 - Personnel non visé par la loi 30	31	24
6 - Personnel d'encadrement	83	82
Total	2 563	2 073

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.

MSSS-DGPRM - 2020-03-23 Source : Banque de données R25



EFFECTIFS MÉDICAUX ET DENTAIRES*

Département	Type de statut		Total
	Actif	Associé	
Département d'anesthésiologie	19	0	19
Département de chirurgie générale et bariatrique	8	1	9
Département de médecine générale	4	10	14
Département de médecine spécialisée	21	45	66
Département de médecine d'urgence	16	1	17
Département d'imagerie médicale	12	7	19
Département multidisciplinaire de cardiologie	60	7	67
Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique	30	13	43
GRAND TOTAL	170	84	254

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

GOUVERNANCE ET ENCADREMENT

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

13623616 - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	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 supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	145 498	142	145 640
2 - Personnel professionnel	236 152	1 467	237 619
3 - Personnel infirmier	1 637 831	51 584	1 689 416
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	1 571 683	44 338	1 616 021
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	384 428	3 758	388 186
6 - Étudiants et stagiaires	12 185	36	12 221
Total 2019-2020	3 987 777	101 325	4 089 102
Total 2018-2019			3 957 148

En 2019-2020, notre établissement a respecté la cible en heures rémunérées concernant la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs atteignant un total de 4 089 102 ce qui représente un écart de -0,1 % par rapport à la cible.

Cible 2019-2020	4 091 196
Écart	(2 094)
Écart en %	- 0,1%

AXE – ORGANISATION EFFICIENTE

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMME-SERVICE

L'établissement bénéficie d'un budget annuel total de 305 528 628 \$. Au cours de l'exercice financier 2019-2020, la partie du budget alloué pour les activités principales a été utilisée selon le tableau suivant.

Répartition des charges brutes par programme

Programme	Exercice courant		Exercice précédent		Exercice courant	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Variation Dépenses	Variation %
Programme-service						
Santé publique	432 782 \$	0,17	273 182 \$	0,11	159 600 \$	58,4
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	81 712 \$	0,03	131 387 \$	0,05	-49 675 \$	-37,8
Santé mentale	203 608 \$	0,08	190 953 \$	0,08	12 655 \$	6,6
Santé physique	207 181 793 \$	79,70	191 307 841 \$	78,95	15 873 952 \$	8,3
Programme-soutien						
Administration	13 171 431 \$	5,07	11 962 293 \$	4,94	1 209 138 \$	10,1
Soutien aux services	20 943 968 \$	8,05	19 829 596 \$	8,18	1 114 372 \$	5,6
Gestion des bâtiments et des équipements	17 947 384 \$	6,90	18 630 812 \$	7,69	-683 428 \$	-3,7
Total	259 962 678 \$		242 326 064 \$		17 636 614 \$	7,3

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

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	47	10 884 615,27 \$

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'établissement présente au 31 mars 2020 un surplus de 247 163 \$ composé d'un déficit de 467 167 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 714 330 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

L'Institut siège activement au comité consultatif provincial visant au développement des modèles et des modalités du financement à l'activité et axé sur le patient. En prévision du financement des parcours de soins chirurgicaux prévus en 2021-2022, l'Institut travaille en étroite collaboration avec le MSSS dans la réalisation des simulations pour les parcours interventionnels en cardiologie

tertiaire, notamment en hémodynamie, en électrophysiologie interventionnelle et en chirurgie cardiaque. Il faut également souligner l'élargissement de la portée du financement à l'activité de l'imagerie médicale touchant presque tous les plateaux diagnostics. Pour l'ensemble des travaux, l'établissement joue un rôle de premier plan et contribue activement à cette transformation majeure.

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

Signification des codes : Colonne 3 « Nature » : R : Réserve, O : Observation, C : Commentaire
Colonne 5, 6 et 7 « État de la problématique » : R : Réserve, PR : Partiellement Régulé, NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R,O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Aucun élément signalé.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et es heures travaillées et rémunérées						
Aucun élément signalé						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Commentaires soulevés au sujet des produits reportés : voir 3 points ci-dessous à même le rapport à la gouvernance.						
Rapport à la gouvernance						
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux fonds de partenariat	2014	O	La direction mettra en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.			X
Restreindre la gestion des accès au personnel affecté à la sécurité TI.	2015	O	L'établissement est d'avis que la gestion des accès aux applications revient au pilote de système (politique DSM-024).			X
Il n'y a pas de révision périodique des profils des utilisateurs pour Virtuo Paie.	2015	O	La direction a mis en place des procédures de révision périodique des profils des utilisateurs	X		
Il n'y a pas d'approche structurée pour la surveillance et révision des journaux.	2015	O	La direction a mis en place des procédures de révision périodique des profils des utilisateurs.	X		
Écarts dans la conciliation bancaire non enquêtés.	2020	O	Des mesures ont été prises par la direction pour stabiliser l'équipe et les tâches pour l'exercice 2020-2021.			X

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ : CHAPITRES III (ATTENTES) ET IV (ENGAGEMENTS)

Chapitre III – Attentes spécifiques

N°	Attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1	Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA (2.1)	Annulé	Cette attente a été retirée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
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 (04.2)	Annulé	Cette attente a été retirée par le ministère de la Santé et des Services sociaux
4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (04.3)	Réalisé	
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 aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (04.4)	Réalisé	
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 (07.1)	Réalisé	Aucun bâtiment déficitaire
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1	Sécurité civile (8.1)	Réalisé	
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux (8.2)	Réalisé	
8.3	Plan de continuité des activités – santé et services sociaux (8.3)	Réalisé	
8.4	Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	Réalisé	Programme déposé au MSSS au 31 mars 2020
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
9.2	Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	Réalisé	

SUITE : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV – Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020	Commentaire
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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	
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	64	80	65,3	L'objectif est atteint à 81,6 %. Le principal facteur de la non-atteinte de l'engagement est le changement d'un comportement humain chez 3 000 intervenants de l'Institut. Au cours de la prochaine année, des actions supplémentaires seront déployées auprès des équipes concernées. Légère amélioration de 1 % en douze mois. Depuis trois ans, une hausse globale de l'hygiène des mains de 21 % est observée.
Santé physique – Urgence				
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,81	12	11,91	L'objectif est atteint. L'établissement a instauré plusieurs mesures organisationnelles structurantes pour améliorer la prise en charge des usagers, entre autres, une vigie quotidienne de la situation et l'implantation d'un outil de gestion des lits (urgence/unités de soins).
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures	70	80	68,6	L'objectif est atteint à 85,8 %. La mise en place d'un plan d'action, en collaboration avec les équipes médicales, est en cours. Les résultats sont périodiquement discutés à la table des chefs de département.
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de quatre heures	59,8	80	59,8	L'objectif est atteint à 74,8 %. La mise en place d'un plan d'action, en collaboration avec les équipes médicales, est en cours.
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie				
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	5	5	5	L'objectif est atteint. Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie est conforme au permis de l'établissement et en cohérence avec les orientations régionales

SUITE : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Suite : Chapitre IV – Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020	
Santé physique – Chirurgie				
Plan stratégique 15-20 I.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	16	0	3	Nous observons une amélioration au niveau du nombre d'usagers en attente de plus d'un an en 2019-2020 en cohérence avec la politique DSP032 qui détermine les mécanismes de gestion de l'accès aux services spécialisés au sein de l'établissement.
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 15-20 I.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	88,4	90	100	
Plan stratégique 15-20 I.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	89,6	90	75,9	L'objectif est atteint à 84,3 % soit une régression de 13,7 % par rapport à l'année 2018-2019. La pénurie de main-d'œuvre et l'augmentation de 5 % du nombre de nouvelles inscriptions par rapport à 2018-2019 sont des facteurs expliquant la non-atteinte de l'engagement. De plus, la durée de formation pour un technologue en imagerie médicale spécialisée en échographie cardiaque en pratique autonome est de 18 mois. En respect de sa mission d'enseignement, l'Institut forme plusieurs résidents en médecine, de différentes spécialités, allongeant ainsi la durée des examens. Des mesures correctrices sont mises en place pour favoriser l'atteinte de l'engagement dont la révision de l'offre de service et la réorganisation du travail de façon à optimiser le parc d'équipement actuel (bonification des effectifs, ajout d'un appareil d'échographie cardiaque pour le chevet permettant la réalisation d'un plus grand nombre d'examen pour la clientèle externe).
Plan stratégique 15-20 I.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	96,1	100	95,2	Le résultat obtenu au cours de la dernière année est de 95,2 %, soit une diminution de 0,9 % par rapport à 2018-2019. La non-disponibilité de l'utilisateur pour le rendez-vous qui lui est offert (vacances, etc.) est un élément contributif à la non-atteinte de la cible. Ce dernier a droit à trois refus avant d'être retiré de la liste d'attente. De plus, un médecin spécialiste pour les échographies musculosquelettiques a dû s'absenter partiellement de la période 1 à la période 6.
Plan stratégique 15-20 I.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	98,9	100	99,3	L'objectif est atteint à 99,3 % soit une amélioration de 0,4 % par rapport à l'année 2018-2019. Des bris sporadiques et récurrents de l'appareil de tomodensitométrie ont eu un impact non négligeable sur l'accessibilité aux examens en moins de trois mois. L'arrivée d'un nouvel appareil à l'été 2020 permettra certainement d'améliorer la fiabilité et la capacité de réalisation des examens dans le délai opportun.

SUITE : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Suite : Chapitre IV – Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020	Commentaire
Santé physique – Imagerie médicale				
<u>Plan stratégique 15-20</u> I.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	93	100	96	L'objectif est atteint à 96 % soit une amélioration de 3 % par rapport à l'année 2018-2019. Nous devons valider certains protocoles opératoires pour des usagers ayant subi une chirurgie. Cette procédure a pour but de valider que ces chirurgies ne sont pas une contre-indication à réaliser l'examen de résonance magnétique (aimant) afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur. Les protocoles opératoires en provenance d'autres centres nous sont parfois acheminés avec un retard, ce qui crée un impact non négligeable sur l'accessibilité aux examens. La non-disponibilité de l'utilisateur pour le rendez-vous qui lui est offert (vacances, etc.) est également un élément contributif à la non-atteinte de la cible.
<u>Plan stratégique 15-20</u> I.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	65,3	90	81,8	Le résultat obtenu est de 81,8 %, soit une amélioration de 16,5 % par rapport à 2018-2019. Les examens hors délais sont exclusivement reliés à la TEP Rubidium. Il est à noter que l'appareil en place est vétuste, ce qui nous limite dans l'ajout d'utilisateurs. Un chantier est en cours afin d'installer une seconde TEP au printemps 2021. D'ici là, nous avons converti une journée où la substance radioactive utilisée pour l'examen est le fluorodéoxyglucose par le Rubidium 82. Ainsi, nous effectuons onze usagers de plus par semaine où la substance radioactive utilisée pour l'examen est le Rubidium 82, ce qui aidera à l'atteinte de l'engagement de 90 %.
Santé physique – Cancérologie				
<u>Plan stratégique 19-23</u> I.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	78,9	90	72,3	L'objectif est atteint à 80,3 %. Certains facteurs expliquent la non-atteinte de l'engagement, entre autres, des rénovations au bloc opératoire ont perturbé certaines priorités opératoires. De plus, nous observons une augmentation du nombre de chirurgies thoraciques de 4,5 % ainsi qu'une augmentation du nombre de chirurgies complexes (les œsophagectomies ont connu une hausse de dix à seize chirurgies annuellement) impliquant un prolongement des heures présences usagers. Notons aussi que certains types de chirurgie nécessitent la coopération de deux médecins spécialistes différents (chirurgien thoracique – orthopédiste – chirurgien cardiaque). Par contre, plusieurs actions ont été mises en place afin de maintenir l'accès à la chirurgie thoracique. Par exemple, les responsables du bloc opératoire ont autorisé une augmentation des plages horaires des salles en chirurgie thoracique afin d'éviter l'annulation de cas.
I.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	100	98,8	Le résultat obtenu est de 98,8 %.

SUITE : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Suite : Chapitre IV – Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020	Commentaire
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	
Ressources humaines				
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	6,01	5,98	6,34	<p>Le ratio cumulatif à la PI3 est de 6,34 % comparativement à 6,01 % l'an dernier à la même période. Différents facteurs peuvent expliquer la non-atteinte de l'objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ proportion importante de dossiers liés à la santé psychologique (près de 40 %) avec des agents stressés multiples dont la majorité de nature personnelle, pour lesquels l'employeur n'a pas de contrôle; ▪ alourdissement des dossiers d'absence nécessitant une charge plus importante de suivis et d'actions; ▪ contexte de changement important à la Direction des ressources humaines et des communications; ▪ absence de plusieurs mois d'une infirmière d'expérience au Service de santé et sécurité du travail; plusieurs actions sont en cours pour favoriser une amélioration dans la prochaine année : <ul style="list-style-type: none"> - revue massive de dossiers afin d'évaluer le potentiel de retour au travail (expertises médicales, proposition de retour au travail au médecin traitant, accommodement, etc.); - mise en place de mécanismes pour favoriser la prise en charge de l'absentéisme chronique; - analyse sur les actions à mettre en place pour promouvoir et faciliter la réintégration ainsi que le retour au travail.
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,94	3,86	3,52	<p>L'objectif est atteint. L'atteinte de cette cible est le fruit d'un effort collectif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement intensif et titularisation d'employés afin de favoriser la disponibilité de la main-d'oeuvre. - Rehaussement d'heures dans certains secteurs d'activité. - Meilleure utilisation et répartition des surplus générés dans certains secteurs d'activité pour combler des besoins dans d'autres secteurs
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,91	0,91	0,87	<p>L'objectif est atteint. Ce besoin a diminué par rapport à l'année dernière puisqu'il n'y a pas eu d'événement important comme le G7, qui avait nécessité le recours à la MOI pour un besoin ponctuel</p>

LÉGENDE

Atteinte de l'engagement annuel réalisée à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %	
Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %	

TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE

À qui de droit :

Le 16 janvier 2020, mon conjoint a été admis à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec pour quelques heures. J'ai eu le privilège, à ce moment, d'observer la grande présence des soignants de l'urgence et l'état quasi « de grâce » qui planait dans les murs de l'Institut. J'ai vu des êtres humains prendre soin d'êtres humains, pour ne pas dire des âmes prendre soin d'autres âmes, des regards, des mains sur les épaules, des gestes et paroles qui en disaient long. L'empathie, la compassion, l'écoute et le respect de la vie elle-même et des gens qui la portent étaient tous palpables. C'était d'une beauté à couper le souffle. Quand j'ai pu en témoigner à mes enfants le lendemain, j'en étais encore profondément touchée.

Vous pensez peut-être que mon émotivité naissait du fait que mon conjoint était pris en charge dans une urgence d'un hôpital pour cardiaques, que j'avais peur pour lui et donc plus émotive. Son atteinte bénigne était déjà diagnostiquée lorsque j'ai mis les pieds à l'hôpital et, moi-même dans le domaine de la santé, je savais qu'une péricardite ne fait pas état d'un cœur en détresse physiologique.

J'ai été témoin de beaucoup d'amour à votre institut et je me dis que si nos vies quotidiennes en étaient aussi remplies, il y aurait plus de paix et moins d'affluence dans les hôpitaux et dans les urgences. Merci pour votre amour qui est un gage de compétence pour les soignants.

Julie Trudelle

Bonjour.

Il y a maintenant plus de 5 mois, mon épouse, M^{me} Andrée Veilleux âgée de 76 ans, est décédée aux soins palliatifs de votre centre hospitalier. La présente est pour souligner plus particulièrement la qualité des soins reçus. Tout d'abord, le 30 juin 2019 à l'urgence, le personnel soignant a été remarquable à tous les points de vue : l'accueil, l'infirmier ainsi que les médecins qui ont rencontré mon épouse dans les cinq minutes après notre arrivée, c'était vraiment extraordinaire.

Après les examens nécessaires, TACO et autres, une tache avec ganglions sur son poumon droit a été immédiatement détectée. Nous avons ensuite rencontré deux internes en pneumologie et oncologie qui l'ont rapidement transférée au département de pneumologie au 5^e étage. Tout le personnel a été d'une attention remarquable, de l'infirmière-chef jusqu'aux préposés. Trois à quatre jours plus tard, elle a été transférée dans le Département des soins palliatifs

sous la gouverne d'un médecin exceptionnel, le D^r René Verreault. C'est avec étonnement que nous avons connu ce département. Ce fut pour mon épouse, notre famille et nos amis un lieu de réconfort et de paix. Autant les médecins, les infirmières et les autres préposés lui ont prodigué les meilleurs soins, et ce, malgré ce moment très difficile à passer. En effet, elle est décédée le mercredi 8 juillet. Nous pouvons vous affirmer que le personnel de ce département est tout à fait exceptionnel.

Je tiens à vous le souligner et vous demander de bien vouloir transmettre notre satisfaction aux divers départements, soit l'urgence, l'oncologie, la pneumologie et très particulièrement les soins palliatifs.

Jean Cosette

M. Denis Bouchard, président-directeur général,

Quelques mots pour vous faire part de la compétence, de la gentillesse et de l'humanisme que votre personnel m'a manifestés en mars où j'ai dû subir une chirurgie. À partir de l'urgence jusqu'à mon départ, les infirmières et les préposés dans tous les services ont eu une conduite irréprochable. Je me dois de leur manifester mes remerciements.

Deux chirurgiens qui, par leurs compétences, m'ont permis de retourner à la maison le lendemain de la chirurgie; ce sont :

- D^r Frédéric Hould, qui a pris toutes les décisions le vendredi matin pour que le tout soit fait dans la journée. Un grand homme, au sourire facile;
- D^r Simon Marceau m'a impressionné à plusieurs niveaux, un chirurgien hors pair qui, par sa compétence, a fait qu'à mon retour à la maison, je n'ai senti aucune douleur. Sa bonne humeur m'impressionne.

Avec des médecins et du personnel de cette compétence, notre système de santé est entre bonnes mains. J'ai fait 14 ans de bénévolat comme membre du conseil d'administration du CHAUQ.

Salutations cordiales

Jean-Claude Thibault

AFFAIRES UNIVERSITAIRES

DIRECTION DE LA RECHERCHE : UN CENTRE DE RECHERCHE DE RÉFÉRENCE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN OBÉSITÉ

Unique au Canada, le Centre de recherche de l'Institut regroupe sous un même toit des axes de recherche en cardiologie, en pneumologie et en obésité, diabète de type 2 et métabolisme, trois domaines jugés prioritaires en raison de l'impact économique et sociétal considérable des maladies qui y sont liées. L'harmonisation des axes de recherche aux missions cliniques de l'Institut en fait un centre remarquable, où la collaboration entre les professionnels de la santé et les chercheurs favorise le transfert des connaissances de la recherche vers les soins.

MISSION

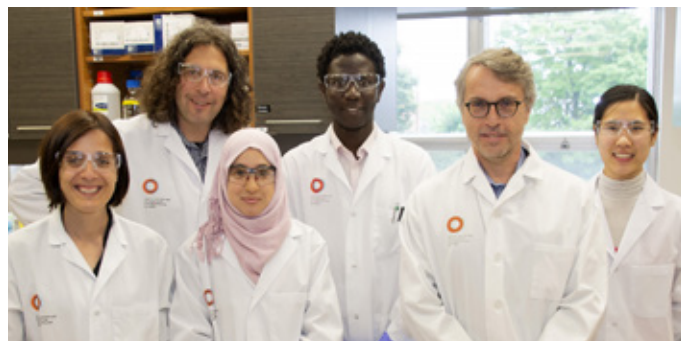
Découvrir, pour prévenir et guérir par la création, la transmission et l'utilisation des connaissances au bénéfice de la population et des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, respiratoires et liées à l'obésité.

VISION

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

AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE (PHASE V)

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a poursuivi l'agrandissement de ses installations à la suite de l'obtention de subventions dans le cadre des concours du Fonds d'innovation de la Fondation canadienne pour l'innovation et du Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires du gouvernement du Canada. Le projet (phase V) permettra l'aménagement de nouveaux espaces de recherche (3 200 m²) incluant un laboratoire moderne pour accueillir les activités de la Chaire d'excellence de recherche du Canada sur le microbiome ainsi que l'agrandissement de l'animalerie. La construction de l'enveloppe extérieure du bâtiment a été complétée et les travaux d'aménagement intérieur ont été réalisés en avril 2020.



ARRIVÉE DE NOUVEAUX CHERCHEURS

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir les D^{rs} Aida Eslami, Alexandre Caron et Natalie Mickeal (axe obésité, diabète de type 2 et métabolisme). En plus de ces nouveaux chercheurs, dix chercheurs membres du CMDP et deux professeurs invités de l'Université Laval ont amorcé leur programmation de recherche.

29^E ÉDITION DES JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE LA RECHERCHE

Les 8 et 9 mai 2019, le Centre de recherche a tenu la 29^e édition de ses journées scientifiques annuelles à l'Université Laval. Cet événement se veut une occasion pour les étudiants et les professionnels de recherche du Centre de faire connaître leurs travaux à la communauté. Lors de ces journées, ce sont 105 présentations, dont 35 orales et 70 par affiches qui ont été offertes aux personnes présentes.



QUATRE CHERCHEURS DU CENTRE PARMIS LES SCIENTIFIQUES LES PLUS INFLUENTS DE LA PLANÈTE

Pour une 3^e année consécutive, des chercheurs de l'Institut se distinguent dans le prestigieux palmarès annuel des scientifiques dont les travaux sont les plus fréquemment cités dans le monde entier. Cette liste est dressée par Clarivate Analytics, une société qui détient et gère plusieurs revues scientifiques. Les quatre chercheurs du Centre qui figurent dans ce prestigieux palmarès sont les D^{rs} Jean-Pierre Després, Vincenzo Di Marzo, Philippe Pibarot et Josep Rodés-Cabau.



D^r Jean-Pierre Després



D^r Vincenzo Di Marzo



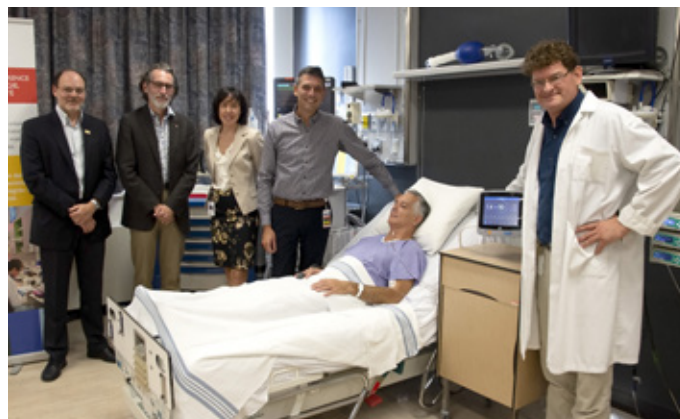
D^r Philippe Pibarot



D^r Josep Rodés-Cabau

HOMOLOGATION PAR SANTÉ CANADA DU FREEO₂

En septembre 2019, le D^r François Lellouche, interniste et chercheur à l'Institut, a dévoilé un tout nouvel appareil médical unique, le FreeO₂, homologué par Santé Canada et entièrement conçu au Québec, qui viendra révolutionner l'oxygénothérapie partout dans le monde.



LES INCUBATEURS-ACCÉLÉRATEURS DE QUÉBEC SIGNENT UNE CHARTE DE COLLABORATION

En collaboration avec la Ville de Québec, le Groupe des incubateurs-accélérateurs de Québec a procédé en novembre 2019 à la signature officielle d'un engagement commun. Tous les signataires s'engagent ainsi à mettre en commun leurs expertises, les moyens et leurs réseaux visant à faciliter le développement de l'entrepreneuriat ainsi que la création de conditions favorables au démarrage, à la croissance et à l'expansion des entreprises dans l'agglomération de Québec. L'Institut s'est engagé à appuyer le volet des sciences de la vie.

PREMIÈRE JOURNÉE INNOVATION ET PARTENARIATS À L'INSTITUT

Dans le cadre d'un partenariat entre les villes de Québec et de Rennes, l'Institut a organisé la première édition de la journée Innovation et Partenariats en octobre 2019. Lors de cette journée, une délégation d'entreprises et de centres de recherche de Rennes, provenant du domaine des technologies médicales, a eu l'occasion d'échanger sur les besoins des établissements de santé. L'évènement a rassemblé plus de 80 personnes et plusieurs de nos chercheurs ont pu y présenter leurs projets.



Michel J. Tremblay, vice-recteur adjoint à la recherche, à la création et à l'innovation de l'Université Laval, Pierre LeBlanc, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires de l'Institut, Denis Richard, directeur de la recherche de l'Institut, Carl Viel, président-directeur général de Québec International, Nicolas Mével, directeur de la recherche et de l'innovation, CHU de Rennes

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

Stages en médecine

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

	Demande		Jour	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Anesthésiologie	9	11	22	31
Cardiologie	107	105	267,75	271
Chirurgie cardiaque	17	15	34,5	34,75
Chirurgie générale	30	27	63,75	39,25
Chirurgie thoracique	9	15	8,75	20,75
Gériatrie	63	63	86,5	86,5
Infectiologie et microbiologie	3	2	2	2
Médecine familiale et urgence	7	8	7	8
Médecine interne	151	151	241	239,25
Pathologie	16	18	35	35,25
Pneumologie	103	126	201,25	229
Psychiatrie	13	12	29,75	22
Radiologie diagnostique	86	79	96,5	93
Soins intensifs	67	31	76,5	28,5
Urgence	65	57	70,75	59,75
TOTAL	746	720	1 243	1 199

MONITEUR CLINIQUE

	Demande		Mois	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Anesthésiologie	1	0	3	0
Cardiologie	17	17	151	169
Chirurgie cardiaque	9	6	65	52
Chirurgie bariatrique	0	1	0	11
Chirurgie thoracique	3	5	22	45
Pathologie	1	1	13	12
Pneumologie	1	2	5	21
TOTAL	32	32	259	310

Stages pluridisciplinaires

STAGIAIRE DE NIVEAU UNIVERSITAIRE

Programme	Demande		Jour	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Communication publique	1	0	18	0
Ergonomie	0	1	0	60
Ergothérapie	14	15	64	173
Gestion des services de santé	1	1	80	60
Kinésiologie	13	15	338	590
Maîtrise en sciences de l'orientation	1	1	68	60
Médecine dentaire	12	0	12	0
Nutrition	35	66	1 110	1 194
Pharmacie	81	89	2 068	2 390
Physiothérapie	12	10	255	166
Sciences infirmières	149	144	2 113	1 976
Sciences religieuses	1	1	63	35
Psychologie organisationnel	1	0	52	0
TOTAL	321	343	6 241	6 704

STAGE D'OBSERVATION

	Demande		Jour	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Introduction à l'externat	22	33	44	254
Introduction à la pratique clinique	194	341	139	532
Stage de perfectionnement	16	20	503	838
Orientation carrière	68	113	69	105
Stage international	3	0	95	0
TOTAL	303	507	850	1 729

STAGIAIRE DE NIVEAU COLLÉGIAL

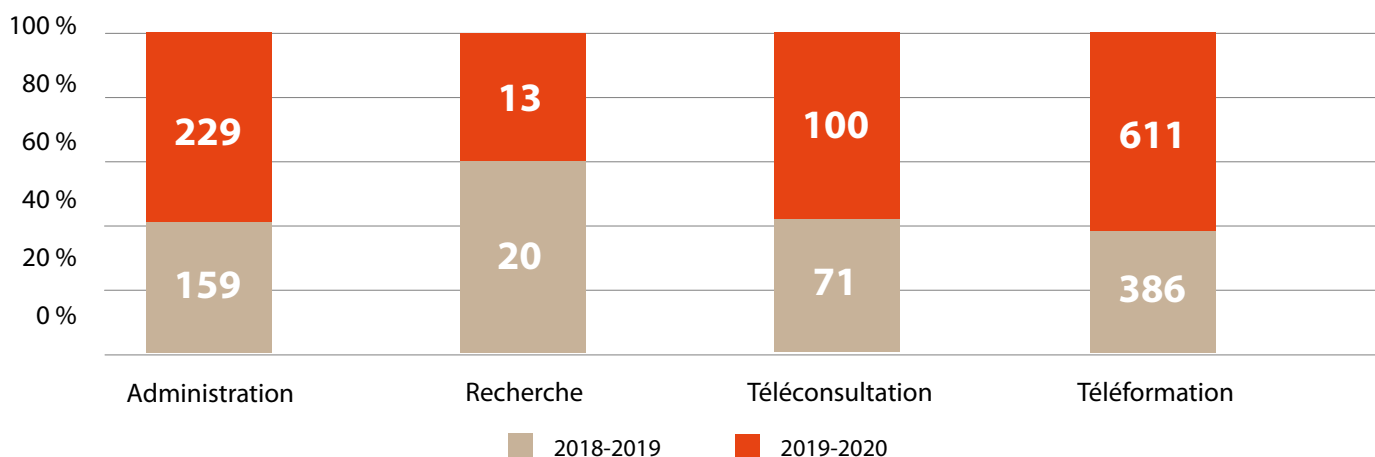
Programme	Demande		Jour	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Agent de soutien en gestion de ressources humaines	1	0	25	0
Archives médicales	1	1	50	55
Gestion de l'approvisionnement	0	1	0	13
Médecine nucléaire	1	0	124	0
Prévention des incendies	2	3	30	15
Retraitement des dispositifs médicaux	1	58	32	192
Soins infirmiers	536	548	7 190	7 316,5
Soins préhospitaliers d'urgence	36	0	36	0
Techniques d'électrophysiologie	26	20	206	225
Techniques d'inhalothérapie	60	94	809,5	1 569,5
Techniques de physiologie	7	0	73,5	0
Techniques d'éducation spécialisée	1	0	63	0
Techniques en administration	0	2	0	30
Techniques en bureautique	2	5	60	175
Techniques en comptabilité et gestion	1	2	15	70
Techniques en diététique	3	2	108	36
Technologie de radiodiagnostic	23	15	964	848
Technologie des systèmes ordonnés (ATE)	0	1	0	45
Technologie en génie industriel	0	1	0	45
TOTAL	701	753	9 786	10 635

STAGIAIRE DE NIVEAU SECONDAIRE

Programme	Demande		Jour	
	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019
Assistance à la personne en établissement de santé	0	13	0	124
Assistant technique en pharmacie	5	8	72	125
Auxiliaire de bureau	0	1	0	86
Emploi polyvalent	1	1	150	86
Hygiène et salubrité	4	5	182	88
Santé, assistance et soins infirmiers	10	6	135	66
Secrétariat	10	6	205	124
Secrétariat et secrétariat médical	0	6	0	134
TOTAL	30	46	744	833

SERVICE DE L'AUDIOVISUEL

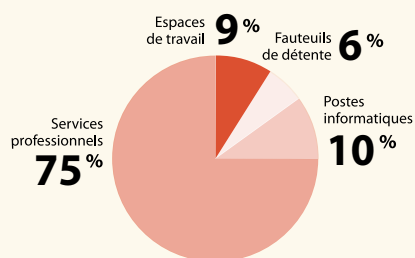
VISIOCONFÉRENCE



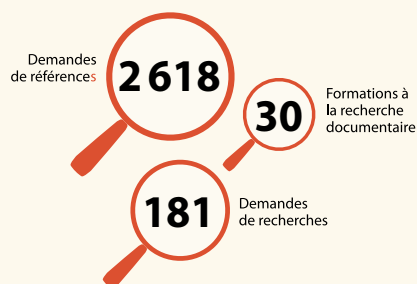
BIBLIOTHÈQUE DES SCIENCES DE LA SANTÉ



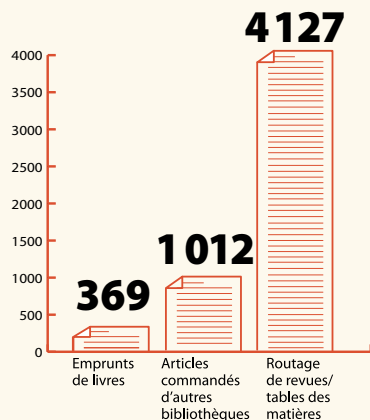
Raison de fréquentation



Services professionnels rendus



Utilisation des ressources documentaires



Quoi de neuf?

NOUVEAUX ABONNEMENTS ÉLECTRONIQUES

Ovid Total Access Collection

- 543 titres de périodiques
- 6 bases de données

Clinical Key

- Près de 670 titres de périodiques
- Plus de 1000 livres numériques
- Outil d'aide à la décision clinique
- Des vidéos médicales et chirurgicales
- Etc.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS ET LES CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL D'ADMINISTRATION



De gauche à droite

1^{ère} rangée (en bas) :

M^{me} Nathalie Parenteau, M^{me} Claudia Boulanger, M. Marius Plante, M^{me} Lucie Rochefort, M^{me} Kathleen Vézina

2^e rangée :

M^{me} Lise Caron, M. Gilles Kirouac (vice président), M^{me} Line Grisé, M. Serge Simard, M^{me} Isabelle Taillon

3^e rangée (en haut) :

M. Denis Bouchard (PDG et secrétaire), M. Marcel Pepin, M. Laurent Després (président), M. Daniel Gilbert, M. Charles Morasse

Étaient absents :

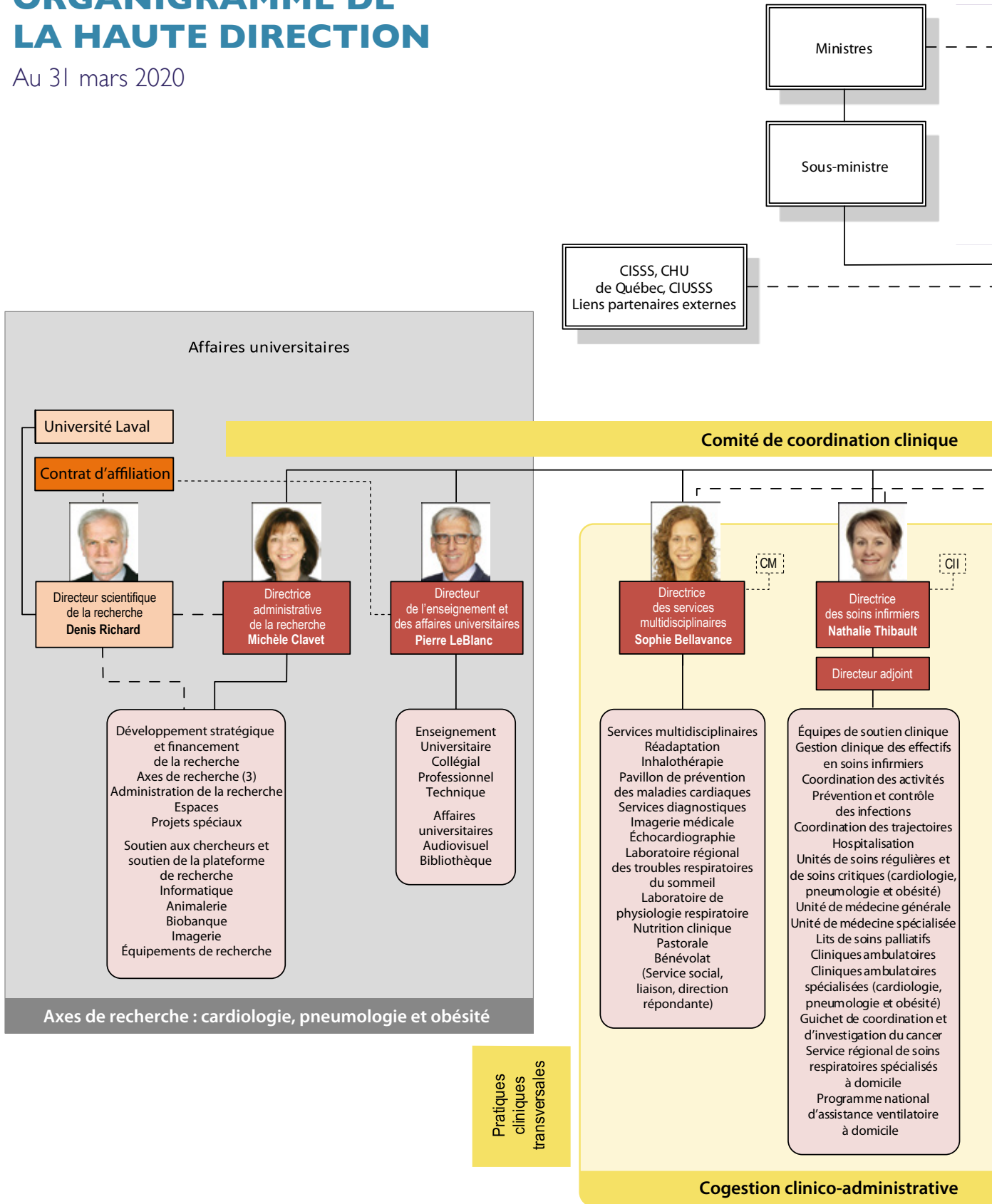
M^{me} Joanne Desjardins, M. François Duchesneau, M^{me} Mireille Lavoie, M. Jacques Villeneuve

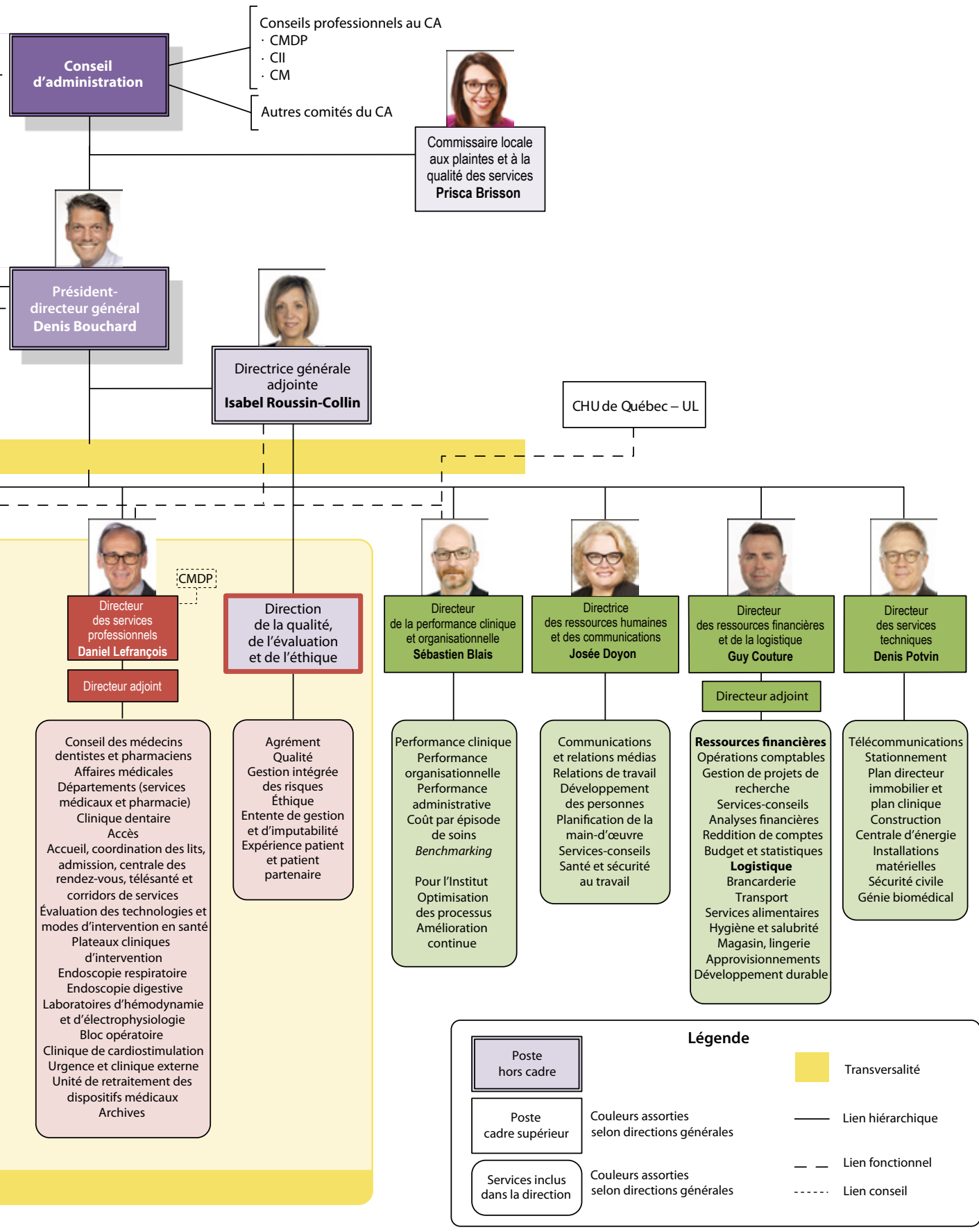
En ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, aucun cas traité ni manquement n'a été constaté au cours de l'année.

Note : photographie prise avant l'épisode de la COVID-19, soit au moment où la distanciation sociale et le port du masque n'étaient pas obligatoires.

ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION

Au 31 mars 2020





COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

COMPOSITION

MEMBRES	STATUT	CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION
Joanne Desjardins	Présidente	Membre indépendante du conseil d'administration
Gilles Kirouac	Membre	Membre indépendant du conseil d'administration
Marcel Pepin	Membre	Membre indépendant du conseil d'administration
Serge Simard	Membre	Membre du conseil d'administration
Denis Bouchard	Membre	Président-directeur général
Laurent Després	Membre	Président du conseil d'administration

RÉUNIONS

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu quatre réunions ordinaires au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

- Suivi des actions liées à deux critères de gouvernance (Agrément Canada) :
 - approche de partenariat avec l'utilisateur et ses proches;
 - processus d'élaboration et de mise à jour des règlements et des politiques du conseil d'administration.
- Suivi du mandat confié à la présidente du comité d'éthique de la recherche (CER) et au président-directeur général en lien avec le rapport de vérification de conformité des règles de fonctionnement du CER.
- Analyses et recommandations au conseil d'administration :
 - modification des règles de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche;
 - modification des règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique et de l'enseignement (CECE);
 - mise à jour du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'Institut*;
 - mise à jour de la *Politique relative à l'évaluation du rendement du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur*;
 - renouvellement du mandat du vice-président du CA pour une nouvelle période de deux ans débutant le 3 novembre 2019 et se terminant le 2 novembre 2021;
 - détermination de la composition des comités du CA pour l'année 2019-2020;
- adoption du cadre de référence en éthique et en déontologie ayant pour objectif de définir les processus officiels permettant de faire face aux préoccupations et aux problèmes liés à l'éthique dans l'organisation;
- apposition d'une plaque de reconnaissance au laboratoire de bioaérosols situé au local A2126 du pavillon A du Centre de recherche, en l'honneur du docteur Yvon Cormier, pneumologue ayant été très longtemps impliqué dans la recherche et ayant, entre autres, implanté le laboratoire de bioaérosols.
- Examen des déclarations des intérêts des membres du CA.
- Analyse des résultats de l'évaluation bisannuelle du fonctionnement des comités du CA et de la contribution des membres du CA.
- Suivi des formations prioritaires par le comité de gouvernance et d'éthique et offertes aux membres du CA en 2019-2020, en lien avec les éléments suivants :
 - Loi sur l'Autorité des marchés publics;
 - gestion intégrée des risques;
 - coûts par parcours de soins et de services et financement axé sur le patient;
 - volet financier de la recherche.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

COMPOSITION

MEMBRES

Marcel Pepin
Lise Caron
Line Grisé

STATUT

Président
Membre
Membre

Nathalie Parenteau

Membre

Laurent Després
Denis Bouchard
Guy Couture
Julie Bérubé

Invité d'office
Invité d'office
Invité permanent
Invitée permanente

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre indépendant du conseil d'administration
Membre indépendante du conseil d'administration
Membre indépendante du conseil d'administration, mandat terminé le 2019-09-30
Membre indépendante du conseil d'administration, mandat débuté le 2019-10-01
Président du conseil d'administration
Président-directeur général
Directeur des ressources financières et de la logistique
Directrice adjointe des ressources financières et de la logistique

RÉUNIONS

Le comité de vérification a tenu cinq réunions au cours de l'année.

RÉALISATIONS

- Approbation du budget 2019-2020.
- Recommandation du renouvellement du mandat de l'auditeur indépendant à la suite des travaux de l'exercice 2018-2019, mandat renouvelable annuellement.
- Approbation du plan d'audit de l'exercice 2019-2020.
- Suivi périodique des résultats, de l'analyse des états financiers finaux 2019-2020 et du rapport financier AS-471.
- Suivis semestriels :
 - liste des engagements financiers et contrats de plus de 100 000 \$;
 - utilisation des fonds de partenariat découlant des contrats d'approvisionnement de fournitures médicales.
- Examen du rapport du responsable de l'application des règles contractuelles (RARC).
- Information, discussions et suivis :
 - mécanismes de contrôle interne et de suivi des recommandations de l'auditeur;
 - travaux réalisés pour s'assurer de l'utilisation optimale des ressources;
- avancement des mesures mises en place afin d'atteindre les objectifs d'optimisation en matière de gestion contractuelle;
- processus de gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Recommandations émises au conseil d'administration pour que soient adoptées les modifications apportées aux documents suivants :
 - Règlement relatif à la répartition et au contrôle du budget.
 - Politique relative au processus de budgétisation.
- Analyse de la procédure relative au traitement des plaintes en matière de gestion contractuelle.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMPOSITION

MEMBRES	STATUT	CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION
Gilles Kirouac	Président	Membre indépendant du conseil d'administration
Denis Bouchard	Secrétaire	Président-directeur général
Lise Caron	Membre	Membre indépendante du conseil d'administration
Marius Plante	Membre	Membre du conseil d'administration, désigné par le comité des usagers
Prisca Brisson	Membre	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Laurent Després	Invité d'office	Président du conseil d'administration
Isabel Roussin-Collin	Invitée permanente	Directrice générale adjointe du programme de santé physique et directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
Carole Lavoie	Invitée permanente	Adjointe à la directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
D ^r André Lavoie	Invité d'office	Médecin examinateur
D ^{re} Odette Lescelleur	Invitée d'office	Médecin examinateur
D ^r Michel Piraux	Invité d'office	Médecin examinateur

RÉUNIONS

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a tenu cinq réunions ordinaires au cours de l'année.

RÉALISATIONS

- Suivi de deux des priorités organisationnelles 2018-2020 :
 - environnement de travail et de soins sécuritaire;
 - indicateurs de qualité et de sécurité.
- Examen de la révision du règlement N° 32 relatif à la procédure d'examen des plaintes.
- Suivi des dossiers de maltraitance traités et des suites requises apportées.
- Analyse du tableau-synthèse des dossiers traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par le médecin examinateur. La majorité des plaintes ont trait aux relations interpersonnelles, aux frais de chambre ainsi qu'à la tenue des dossiers en chirurgie cardiaque.
- Suivi des différentes mesures ayant permis de maintenir d'excellents résultats en matière de Clostridium difficile, de staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) et d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).
- Suivi auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans le dossier de l'application, par le corps médical, des mesures d'hygiène des mains.
- Rapports et recommandations émises par le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) à la suite d'événements sentinelles, avec une attention particulière au suivi accordé par le CGRC à la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements.
- Approbation d'un projet de résolution soumis au conseil d'administration (CA) dans le but de mandater le président du CA pour rencontrer, dans les plus brefs délais, la ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet du dossier OPTILAB.
- Stratégies d'implantation de la Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa) en vigueur depuis le 16 décembre 2019. Cette loi fédérale introduit l'exigence de déclaration obligatoire par les établissements de santé des réactions indésirables graves à un médicament et des incidents liés aux instruments médicaux.
- Suivi des travaux préparatoires aux visites des organismes d'accréditation prévues à l'automne 2019 et des travaux relatifs à la visite d'Agrément Canada prévue à l'automne 2020.
- Bilan du plan d'action 2018-2019 à l'égard des personnes handicapées ainsi que le projet de plan d'action 2019-2021 avant qu'ils ne soient déposés au conseil d'administration.
- Suivi des actions d'amélioration à la suite du sondage sur l'expérience patient, des résultats du sondage sur l'expérience de la clientèle hospitalisée ainsi que des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle de la trajectoire d'oncologie.
- Constat des travaux du comité sur l'accès aux soins et aux services et réception du plan de travail annuel dudit comité.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

COMPOSITION

MEMBRES

Claudia Boulanger
Daniel Gilbert
Mireille Lavoie

STATUT

Présidente
Membre
Membre

Denis Bouchard
Laurent Després
Josée Doyon

Invité d'office
Invité d'office
Invitée permanente

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre indépendant du conseil d'administration
Membre indépendant du conseil d'administration
Membre du conseil d'administration désignée par l'Université Laval
Président-directeur général
Président du conseil d'administration
Directrice des ressources humaines et des communications

RÉUNIONS

Le comité des ressources humaines a tenu trois réunions au cours de l'année.

RÉALISATIONS

- Suivi des actions liées au maintien de la norme Entreprise en santé *Élite*.
 - Audit de recertification Entreprise en santé *Élite*
 - Sondage sur la mobilisation
- Suivi et participation au comité de sélection pour le gala reconnaissance du personnel œuvrant au sein de l'Institut.
 - Embauche/départ
 - Temps supplémentaire
 - Attraction/rétention
 - Formation (programme Dual pour les préposés aux bénéficiaires)
 - Plan prévisionnel des effectifs 2019-2020 (déposé au MSSS)
- Analyse et suivi des travaux entourant l'absentéisme et les risques psychosociaux
 - Assurance salaire
 - CNESST
- Examen et recommandation du bilan des plaintes entourant les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail.
- Analyse du bilan des griefs 2018-2019 des accréditations syndicales (SIIQ, SFCP et APTS)
- Suivi et analyse de la mise en place et de la démarche entourant le processus d'évaluation neutre
- Analyse du rapport de rétroaction postévaluation neutre
- Analyse et approbation de la nouvelle structure de la Direction des ressources humaines et des communications
- Validation des politiques, procédures, directives et règlement en ressources humaines
 - Politique relative à la vérification des antécédents judiciaires de toute personne désirant exercer des fonctions ou sa profession au sein de l'établissement
 - Politique relative au système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)
- Suivi des actions liées au programme national des leaders (PNDL)
 - Processus d'évaluation, de sélection et de développement des cadres intermédiaires ainsi que les cadres supérieurs.
- Approbation du rapport annuel du comité des ressources humaines 2018-2019

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

COMPOSITION

MEMBRES

Line Grisé
Lucie Rochefort

Isabelle Taillon

Denis Bouchard
Laurent Després
Denis Richard
Daniel Lefrançois, M.D.
Pierre LeBlanc, M.D.
Michèle Clavet

STATUT

Présidente
Membre
Membre
Invité d'office
Invité d'office
Invité permanent
Invité permanent
Invité permanent
Invitée permanente

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre indépendante du conseil d'administration
Membre du conseil d'administration désignée par l'Université Laval
Membre du conseil d'administration désignée par le comité régional sur les services pharmaceutiques
Président-directeur général
Président du conseil d'administration
Directeur scientifique de la recherche
Directeur des services professionnels
Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires
Directrice administrative de la recherche

RÉUNIONS

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation a tenu trois réunions régulières au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

1. Volet enseignement

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

- suivi du projet de centre de valorisation du savoir et de l'innovation (enseignement-recherche);
- suivi du projet d'harmonisation des outils d'enseignement à l'Institut;
- suivi de l'avancement du dossier du contrat d'affiliation avec l'Université Laval (enseignement-recherche);
- suivi du dossier de détresse psychologique chez les stagiaires et les résidents en pharmacie;
- mise en place des rencontres multidisciplinaires des médecins et des pharmaciens (information);
- suivi de la création d'un consortium des directions d'enseignement des régions 03 et 12.

2. Volet recherche

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

- suivi de la réalisation de la phase V de l'agrandissement du Centre de recherche;

- formation « Recherche » offerte aux membres du CA le 30 octobre 2019;
- discussions sur l'enjeu de l'utilisation des soldes des projets de recherche terminés;
- suivi des activités de la Table nationale des directeurs de recherche et des projets financés;
- mise en place de la Table institutionnelle de la recherche clinique (information);
- suivi des activités d'innovation/valorisation de la recherche (Journée Innovation et Partenariats de l'IUCPQ-UL; groupe des incubateurs de la Ville de Québec; plan d'affaires – incubateur d'entreprises IUCPQ-UL);
- examen des recommandations légales en lien avec la consultation du Dossier santé Québec (DSQ) à des fins de recherche;
- suivi du processus de reconduction du mandat du directeur de la recherche.

3. Volet évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ÉTMIS)

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

- présentation et suivis des projets ÉTMIS.

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

COMPOSITION

MEMBRES

Daniel Gilbert
Line Grisé
Kathleen Vézina
Denis Bouchard
Laurent Després
Jean Boulanger
Guy Couture
Denis Potvin

STATUT

Président
Membre
Membre
Invité d'office
Invité d'office
Invité permanent
Invité permanent
Invité permanent

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre indépendant du conseil d'administration
Membre indépendante du conseil d'administration
Membre du conseil d'administration, désignée par le CII
Président-directeur général
Président du conseil d'administration
Directeur des ressources informationnelles
Directeur des ressources financières et de la logistique
Directeur des services techniques

RÉUNIONS

Le comité des ressources technologiques et immobilières a tenu quatre réunions ordinaires au cours de l'année 2019-2020, au cours desquelles les projets suivants ont fait l'objet d'échanges et de discussions.

RÉALISATIONS

Principaux projets de développement immobilier terminés

- Phase V de l'agrandissement du Centre de recherche.
- Phase I de remédiation sismique au pavillon Notre-Dame.
- Remédiation sismique et remplacement de la maçonnerie de la chaufferie.

Plan clinique

Le plan clinique de l'Institut a été déposé au MSSS. Celui-ci s'est engagé à supporter l'établissement dans ses objectifs, le doter des infrastructures adéquates pour assurer la consolidation et le développement des activités cliniques dans une perspective de pérennité sur une vision à long terme. Afin d'assurer la transition d'ici les dix prochaines années, l'Institut s'est engagé dans plusieurs projets :

- phase II du projet d'agrandissement du bloc opératoire (en cours);
- agrandissement et mise aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (plans et devis);
- ajout d'une nouvelle aile pour l'ajout de 64 lits (concept et esquisse);
- planification de la relocalisation de l'unité coronarienne et de la consolidation des activités ambulatoires;
- ajout de bureaux à l'extrémité du pavillon de prévention des maladies cardiaques.

Principaux projets de remplacement du parc des équipements médicaux spécialisés (EMS)

- Parc d'échographies cardiaques du bloc opératoire et du secteur d'échographie cardiaque.

- Appareils d'hémodialyse et des systèmes de traitement d'eau.
- Appareil de laparoscopie 3D.
- EMS (hémodynamie - H2, ajout d'un appareil de tomographie par émission de positons (TEP) cœur, remplacement du TEP oncologie).
- Ventilateurs de soins critiques.

Principaux projets en ressources informationnelles

- Mise en place du Wi-Fi client.
- Mise en place du système d'information unifié provincial « SARDO » permettant de maintenir un registre local de cancers afin d'alimenter le Registre québécois du cancer.
- Mise en application du système informatisé « Opéra préadmission » afin de gérer efficacement les listes d'attente;
- Mise à niveau de l'infrastructure de sauvegarde de données.
- Liaison à l'hexagone du CHU de Québec – Université Laval afin d'assurer une diversité des liens et une automatisation de reprise en cas de rupture d'un des liens de télécommunications.
- Développement et support d'un logiciel de gestion des télémétries et d'un logiciel de gestion de l'épisode de soins.
- Mise à niveau d'un logiciel de gestion des rendez-vous et de suivi des patients atteints de maladie interstitielle pulmonaire.
- Coordination et mise en place des moyens technologiques pour la consultation à domicile des projets de soins respiratoires et de réadaptation.
- Réalisation d'un plan d'action pour la mise à jour du parc des systèmes de visioconférence.

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

COMPOSITION

MEMBRES	STATUT	CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION
Laurent Després	Président	Président du conseil d'administration
Denis Bouchard	Membre	Président-directeur général
François Duchesneau	Membre	Membre indépendant du conseil d'administration
Gilles Kirouac	Membre	Membre indépendant du conseil d'administration et président du CVQ
Marius Plante	Membre	Membre du conseil d'administration, désigné par le CU
Isabel Roussin-Collin	Secrétaire	Directrice générale adjointe programme de santé physique et directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
Isabelle Taillon	Membre	Membre du conseil d'administration, désignée par le comité régional sur les services pharmaceutiques
Kathleen Vézina	Membre	Membre du conseil d'administration, désignée par le CII
Daniel Lefrançois, M.D.	Invité permanent	Directeur des services professionnels
Charles Morasse, M.D.	Invité permanent	Membre du conseil d'administration, désigné par la Direction régionale de médecine générale
Daniel Vigneault	Invité permanent	Directeur adjoint des services professionnels
Jacques Villeneuve, M.D.	Invité permanent	Membre du conseil d'administration, désigné par le CMDP

RÉUNIONS

Le comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS) a tenu trois rencontres sur les quatre prévues initialement au calendrier pour l'année 2019-2020 en raison de la pandémie du coronavirus (COVID-19). Le CASS se rapporte et rend compte de ses travaux au comité de vigilance et de la qualité.

RÉALISATIONS

EXPÉRIENCE USAGER

- Examen du projet « promouvoir le partenariat et la coconstruction avec des usagers » visant à introduire ces derniers au sein de la gouvernance. L'usager ayant été mis au fait du mandat du comité sera invité à participer aux rencontres prévues au calendrier pour l'exercice 2020-2021.
- Examen des mesures mises en place afin d'améliorer le déplacement des usagers au sein de l'établissement, soit la disponibilité des plans d'orientation en couleur et l'installation de nouveaux panneaux indicateurs.
- Examen d'un mandat du comité des usagers visant à sonder certains usagers faisant partie de la clientèle de chirurgie bariatrique afin d'évaluer leur satisfaction quant aux services reçus.

ACCÈS AUX SERVICES

- Approbation de la planification des activités 2020-2021 présentée par la Direction des services professionnels et recommandation de son adoption au conseil d'administration.
- Approbation du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de l'Institut et recommandation de son adoption au conseil d'administration.

OFFRE DE SERVICES CLINIQUES

- Examen des résultats d'optimisation de la trajectoire de la chirurgie pulmonaire oncologique visant à améliorer l'accessibilité.
- Suivi du dossier sur la gouvernance des projets de transformation de l'offre de services cliniques dans le cadre des projets de construction devant être achevés au cours des trois prochaines années.
- Suivi de la collaboration avec le CHU de Québec – Université Laval afin de mettre en place un service régional de chirurgie thoracique.
- Revue des indicateurs de performance.

PRIORITÉS CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

- Suivi trimestriel des principaux plans d'action découlant des priorités organisationnelles, notamment celui d'assurer l'accessibilité et la continuité des secteurs de pointe.
- Suivi de l'état d'avancement des travaux dans le dossier portant sur l'optimisation des trajectoires par parcours de soins.
- Suivi du dossier OPTILAB : examen du projet de résolution et recommandation de son adoption au conseil d'administration.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT

COMPOSITION

MEMBRES

Sophie Bellavance

STATUT

Présidente (p. i.)

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre de la direction de l'établissement recommandée par le PDG

Charles Desjardins, M.D.

Membre

Médecin recommandé par le CMDP

Alain Dompierre

Membre

Intervenant en soins spirituels recommandé par le Centre de spiritualité santé de la Capitale-Nationale

Daniel Gagné

Membre

Membre recommandé par le comité des usagers

Josia Gagnon

Membre

Préposée aux bénéficiaires recommandée par la DSI

Johanne Houde

Membre

Infirmière recommandée par le CII

Bruno Laflamme

Membre

Infirmier recommandé par le CII

Pierre LeBlanc, M.D.

Membre

Directeur de l'enseignement et des affaires universitaires

Cynthia Lévesque

Membre

Professionnelle recommandée par le CM

Vicky Mai

Membre

Représentante des étudiants recommandée par la DEAU

Michel T. Giroux

Membre

Éthicien recommandé par le PDG

Lise Tremblay, M.D.

Membre

Médecin recommandée par le CMDP

RÉUNIONS

Le comité d'éthique clinique et de l'enseignement a tenu cinq réunions ordinaires au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

- Recommandation au conseil d'administration d'adopter la modification des règles de fonctionnement et la composition du comité.
- Promotion du comité et comblement des postes vacants.
- Réalisation d'un avis éthique.
- Participation à la formation en éthique offerte sur la plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).
- Contribution à l'élaboration d'un plan de formation pour les membres du comité.
- Élaboration d'une procédure de diffusion à la suite de la rédaction d'un avis éthique.
- Contribution à l'élaboration d'une vignette clinique dédiée à appuyer la formation en éthique.
- Élaboration d'un plan de travail 2020-2021.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

COMPOSITION

MEMBRES

Jamila Chakir, M.D.

Jonathan Beaudoin, M.D.

Annie Lafortune-Payette, M.D.

Sylvie Blais

François Caron

Andréanne Côté

Lise Couillard

Isabelle Labonté

Éric Larose

Julie Méthot

Frédéric Sériès

Hugo Tremblay

Emmanuelle Trottier

Sébastien Bonnet, M.D.

Nathalie Châteauvert

Marie-Claude Côté

Geneviève Dion

Thérèse Dussault

Jean-François Hébert

Amélie Paquin

Andréanne Prémont

Suzanne Roy

Stéphanie Gormley

STATUT

Présidente

Vice-président

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre suppléant

Membre sans droit

de vote

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne non affiliée à l'établissement

Personne non affiliée à l'établissement

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne ayant une formation juridique

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne versée en éthique

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne versée en éthique

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne non affiliée à l'établissement

Personne ayant une formation juridique

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Expertise des méthodes, domaines et disciplines de la recherche

Personne non affiliée à l'établissement

RÉUNIONS

Le comité d'éthique de la recherche a tenu onze réunions ordinaires au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

- Approbation de 120 nouveaux projets de recherche.
- Suivi éthique continu pour les 558 projets de recherche en cours au 31 mars 2020 à l'Institut.
- Implication continue dans la formation et la sensibilisation aux bonnes pratiques de la recherche.
- Contribution aux travaux provinciaux d'harmonisation dans l'utilisation de l'outil Nagano dans le contexte de l'évaluation éthique multicentrique des projets de recherche menés dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).
- Réflexion sur l'utilisation du cannabis en recherche.
- Participation à l'élaboration du contenu de la « Journée de mise en commun des CÉRs du RSSS – 4^e édition ».
- Participation au comité consultatif pour la préparation du Colloque en éthique de la recherche et conduite responsable de la recherche.
- Discussion avec un expert et réflexion sur l'utilisation des métadonnées et de l'intelligence artificielle en recherche.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES

COMPOSITION

MEMBRES

Carole Lavoie
Isabel Roussin-Collin
Valérie Langlois
Bianka Paquet-Bolduc
Cassiopée Paradis-Gagnon
Denis Bouffard
Guy Proulx
Julie Racicot
Marlène Laliberté
Maxime Garant
Nathalie Gagné
Pierre Auclair
Stéphanie Drouin
Bruno Laflamme

STATUT

Présidente
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Invité

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Adjointe au directeur de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
Personne déléguée par le président-directeur général
Conseillère-cadre à la gestion des risques
Personne désignée en prévention et contrôle des infections
Membre nommé par le conseil multidisciplinaire
Membre nommé par le comité des usagers
Membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Responsable des procédures de gestion des médicaments
Membre du conseil des infirmières et infirmiers
Personne désignée pour le retraitement des dispositifs médicaux
Responsable des avis et des alertes
Personne désignée pour la sécurité des laboratoires
Personne désignée pour la sécurité transfusionnelle
Conseiller à la gestion des risques

RÉUNIONS

Le comité de gestion des risques cliniques a tenu six réunions au cours de l'année.

RÉALISATIONS

Activités de promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents et des accidents

Prix décernés à trois projets coups de cœur dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des usagers

- Amélioration du processus de maintenance préventive de l'équipement
- Élimination des interruptions lors de la préparation de la médication dans le secteur de la gériatrie et des soins palliatifs
- Installation de mesures de confinement pour la protection de la clientèle lors de travaux de construction afin de prévenir les infections

Collecte d'informations auprès du personnel sur les besoins et les enjeux en matière de gestion des risques cliniques dans les différents secteurs d'activité. Le plan d'action qui en découle vise notamment à concevoir un modèle de gestion des risques de proximité avec les équipes soignantes pour les soutenir dans l'analyse d'événements et à cibler les besoins de formations adaptées à la réalité des différents secteurs d'activité. Formation sur la déclaration et la divulgation lors de l'accueil de tous les nouveaux employés

Travaux touchant la prestation sécuritaire des soins et des services

Émission de recommandations découlant de l'analyse de cinq événements sentinelles

Sensibilisation des intervenants concernant le respect de la politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

Suivi des travaux visant le développement du partenariat avec l'utilisateur et ses proches

Surveillance des tendances des erreurs médicamenteuses avec le tableau de bord révisé, permettant de mieux cibler les secteurs et les variations touchant notamment les plus grands risques, les médicaments et les chutes

Suivi des résultats d'audits sur l'hygiène des mains réalisés par l'équipe de prévention et de contrôle des infections

Surveillance des tendances des chutes conjointement avec le comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Lorsqu'une variation anormale est constatée à l'aide des indicateurs dans un secteur, des audits sont réalisés pour améliorer les pratiques.

Suivi de la mise en œuvre de la Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (*Loi de Vanessa*)

État de situation du système local de surveillance des incidents et des accidents

Cette année, 3 721 évènements ont été déclarés. De ceux-ci, 92 % n'ont eu aucune conséquence pour les usagers.

Nature des trois principaux types d'incident et d'accident

Le système de surveillance a permis de mettre en évidence les trois principaux types d'incident (indices de gravité A et B) et d'accident (indices de gravité C à I).

TYPE D'ÉVÈNEMENT	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des évènements
Incident (indice de gravité A et B)		
Médicament	202	5,4 %
Retraitement des dispositifs médicaux/ matériel médical à usage unique	212	5,7 %
Lié au matériel	34	0,9 %
Accident (indice de gravité C à I)		
Médicament	1 695	45,6 %
Chute	460	12,4 %
Traitement	380	10,2 %

Actions entreprises portant sur les principaux risques d'incident et d'accident

Médicaments

- Mise en œuvre d'un projet visant à réduire les interruptions lors de l'administration des médicaments par les infirmières afin de diminuer les risques d'erreurs.
- Utilisation des indicateurs liés aux médicaments à haut risque (héparine, insuline, opiacés) pour alerter d'une variation anormale afin d'agir de manière proactive auprès des équipes concernées.
- Réalisation d'audits par la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique afin d'évaluer la conformité du processus du bilan comparatif des médicaments.

Chutes

- Mise en place de mesures visant à réduire la récurrence des chutes lors de l'utilisation des tapis de positionnement. Cet équipement, n'étant plus offert auprès du fournisseur, a forcé l'établissement

à se procurer un nouveau modèle dont les pièces sont incompatibles avec le système de branchement de l'ancien modèle encore utilisé. Cette situation a généré des changements de pratique et des révisions importantes.

- Révision des rôles et des responsabilités lors d'une chute ou d'un évènement qui requiert une assistance immédiate auprès d'un visiteur ou d'un usager qui circule dans les aires communes de l'établissement.

Traitements

Analyse de ces évènements par le gestionnaire et mise en place de mesures spécifiques propres à chaque secteur. Cette catégorie regroupe plusieurs situations qui se produisent de façon isolée.

Retraitement des dispositifs médicaux

Mise en œuvre d'une méthode efficace pour encourager le signalement des situations à risque concernant le retraitement des dispositifs médicaux. Aucun évènement avec conséquence pour l'utilisateur n'a été déclaré.

COMITÉ DE RÉVISION

COMPOSITION

MEMBRES	STATUT	CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION
Laurent Després	Président	Président du conseil d'administration
Richard Baillot, M.D.	Membre	Désigné par le CMDP
Pierre Laflamme, M.D.	Membre	Désigné par le CMDP
Simon Biron, M.D.	Membre suppléant	Désigné par le CMDP
Francis Laberge, M.D.	Membre suppléant	Désigné par le CMDP

Le mandat du comité est défini dans le *Règlement relatif à la régie interne du conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (R-1)*.

Au cours de l'année, les membres du comité ont assisté à une réunion. De plus, ils ont participé à une formation offerte par le Service des affaires juridiques afin de clarifier le rôle du comité et d'effectuer un rappel du cadre légal entourant leur mandat.

État de traitement des plaintes médicales transmises au comité de révision

Année	En traitement au début	Reçues durant l'exercice	Total	Conclues	En traitement à la fin
2019-2020	1	0	1	1	0
2018-2019	0	2	2	1	1

Le dossier conclu durant la période 2019-2020 portait sur la qualité de l'acte médical. Sommairement, l'analyse du comité de révision démontre que les insatisfactions ont été traitées avec diligence et équité. En conséquence, aucune recommandation n'a été émise au conseil d'administration.

COMITÉ DES USAGERS

COMPOSITION

MEMBRES

Marius Plante
Suzanne Michaud-Belzile
Lucie Bélanger
Germain Lépine
Denis Bouffard
Jacques Cloutier
Daniel Gagné
Sylvie Houde
Yves Larose
Isabel Roussin-Collin

STATUT

Président
Vice-présidente
Secrétaire
Trésorier
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Invitée permanente

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Élu par les usagers de l'établissement
Directrice générale adjointe du programme de santé physique et directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique

RÉUNIONS

Le comité des usagers a tenu sept réunions régulières au cours de l'année, une rencontre de planification annuelle, plusieurs participations à des comités de travail et une assemblée générale annuelle des usagers. Soulignons la très grande participation des membres à ces réunions ainsi qu'aux activités-rencontres avec les usagers.

RÉALISATIONS

- Diffusion d'un appel d'offres sur invitation dans le cadre des enquêtes de satisfaction à réaliser au cours des années 2019-2020 et 2020-2021.
- Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès de la clientèle de chirurgie bariatrique.
- Participation de membres désignés à de nombreux comités au sein de l'établissement, comme le comité de gestion des risques cliniques et le comité d'éthique clinique; participation à diverses activités de consultation à la demande de certains services.
- Communications avec les usagers ou avec leurs proches dans les salles d'attente.
- Quatre visites collectives des usagers, au cours desquelles près de 700 usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité lors d'occasions spéciales (ex. : période des fêtes, Pâques, fête des Mères et fête des Pères).
- Remise de dépliants d'information.
- Révision du dépliant promotionnel et traduction en anglais.
- Réflexion sur de nouvelles activités d'information et de promotion du comité des usagers pour les clientèles de l'Institut.
- Analyse et suivi systématique des commentaires des usagers. La représentante de la direction de l'établissement et la commissaire aux plaintes assistent à ces rapports, discutent de la situation et, lorsque requis, apportent les suivis.
- Participation au plan de circulation et de signalisation.
- Collaboration avec la Direction des services techniques sur le projet d'amélioration des salles d'attente.
- Participation importante au projet (cofinancé avec le MSSS) « promouvoir le partenariat et la coconstruction avec des usagers ».
- Collaboration avec le Service de l'urgence sur un projet d'information sur les droits et obligations des usagers.
- Participation de tous les membres du comité à des colloques ou des activités de formation afin d'approfondir les rôles spécifiques des comités d'usagers.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

COMPOSITION

MEMBRES

Julie Racicot

Marie-Claude Vézina, M.D.

Éric Dumont, M.D.

Paul Poirier, M.D.

Sébastien Robert, M.D.

Denis Bouchard

Daniel Lefrançois, M.D.

Jacques Villeneuve, M.D.

STATUT

Coprésidente et
secrétaire-trésorière

Coprésidente

Vice-président

Premier conseiller

Deuxième conseiller

Membre

Membre

Invité permanent

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre désignée par le conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membre désignée par le CMDP

Membre désigné par le CMDP

Membre désigné par le CMDP

Membre indépendant du conseil d'administration

Président-directeur général

Directeur des services professionnels

Membre du conseil d'administration

RÉUNIONS

Le comité exécutif du CMDP a tenu dix réunions ordinaires au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

- Suivi du plan d'action concernant l'hygiène des mains par les médecins, en collaboration avec la PCI.
- Depuis plus d'un an, plusieurs démarches ont été entreprises par le CMDP, en collaboration avec le CA et la Direction générale pour l'autonomie des laboratoires de l'Institut.
- Plusieurs problématiques ont été soulevées concernant les dossiers incomplets. Une structure a été mise en place pour assurer le suivi auprès des médecins concernés.
- Modifications apportées au règlement du CMDP, principalement en ce qui a trait au traitement des dossiers incomplets.
- Consultation auprès des membres à la suite de l'assemblée générale de mai 2019 afin de connaître leur intérêt à recevoir une formation de réanimation cardiorespiratoire (RCR).
- Sous la supervision du D^r Pierre LeBlanc, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires, des réunions d'enseignement ont été offertes aux membres du CMDP ainsi qu'aux résidents.
- Proposition d'un plan d'action pour rehausser les évaluations de qualité de l'acte au sein des départements, car les évaluations par critères explicites ne sont pas réalisées en nombre suffisant.
- À la suite de l'étude sur le climat de travail organisationnel, le CMDP a sollicité la Direction des ressources humaines et des communications pour établir un processus de médiation à l'égard d'une plainte.
- Processus mis en place pour les médecins et les pharmaciens concernant la déclaration obligatoire des réactions indésirables graves à un médicament à la suite de l'adoption de la Loi de Vanessa.

COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

COMPOSITION

MEMBRES

Jean-François Roussy
Julie Racicot
Isabelle Cloutier
Philippe Gervais
Frédéric Jacques
Maude Jolicoeur
Noël Lampron
Bianka Paquet-Bolduc
Isabelle Plamondon

STATUT

Président du comité
Secrétaire du comité
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Infectiologue-microbiologiste
Pharmacienne-chef
Pharmacienne
Microbiologiste-infectiologue
Chirurgien cardiaque
Conseillère-cadre aux activités cliniques
Pneumologue
Chef de service prévention et contrôle des infections
Néphrologue

RÉUNIONS

Le comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques a tenu deux réunions au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

Pour faire suite à son mandat, le comité a assuré un suivi de la consommation des antibiotiques (surveillance quantitative) et réalisé des activités de surveillance qualitative.

Les pharmaciens des unités de soins assurent la surveillance prospective de l'utilisation des antibiotiques pour l'ensemble des usagers admis (programme antibiogouvernance).

Le comité s'est penché sur plusieurs dossiers et a réalisé des études :

- club de lecture : *Impact of a checklist used by pharmacists on hospital antimicrobial use: A patient-level interrupted time series study*
- évaluation des nouveaux DDD (*defined daily dose*) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- dosage vancomycine AUC/CMI
- étude descriptive de l'antibiogouvernance documentée par les pharmaciens pour les usagers recevant au moins trois à cinq jours d'antibiotiques intraveineux à l'Institut
- élaboration d'un modèle de liste de vérification pour l'antibiogouvernance
- publication du *Bulletin 9 – Influenza*
- élaboration en cours du *Bulletin 10 - Sensibilité des principales bactéries à l'IUPCQ-UL*

CONCLUSION

Pour l'année 2019-2020, les membres du comité ont répondu aux exigences de leur mandat. Le modèle d'antibiogouvernance développé dans notre établissement a fait l'objet d'une étude qui sera publiée et présentée à différentes instances professionnelles à l'extérieur de l'établissement.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

COMPOSITION

MEMBRES

Samuel Langlois
Maxime Therriault
Audrey Colletaz
Hélène Blouin
Pierre-Luc Nolet
Patricia Pedneault
Anne-Julie Gauthier

STATUT

Président
Vice-président
Secrétaire
Agente de communication
Agent de communication
Agente de communication
Présidente du CIIA

CONDITION DE DÉSIGNATION/ NOMINATION

Coordonnateur d'activités d'établissement, DSI
Infirmier clinicien à l'urgence
Infirmière au C6
Infirmière clinicienne à l'unité coronarienne
Conseiller en soins infirmiers
Infirmière clinicienne au D2
Infirmière auxiliaire aux cliniques spécialisées de pneumologie
Infirmier auxiliaire - équipe volante
Directrice des soins infirmiers
Président-directeur général

Dave Bélanger
Nathalie Thibault
Denis Bouchard

Vice-président du CIIA
Membre d'office
Membre d'office

RÉUNIONS

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) a tenu six réunions ordinaires, six séances de travail et une assemblée générale annuelle au cours de l'année 2019-2020.

RÉALISATIONS

- Contribution à la réalisation des travaux de la Direction des soins infirmiers (DSI) par la création d'enjeux cliniques afin d'améliorer la qualité des soins :
 - développement des compétences en soins de plaies;
 - standardisation des soins infirmiers;
 - nouveau programme d'orientation pour les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI);
 - encadrement du projet pilote des CEPI dans les unités de soins intensifs;
 - pratiques en lien avec le diabète;
 - formation continue des infirmières;
 - Bureau de normalisation du Québec.
- Avis et recommandations sur les demandes relatives à la qualité des soins :
 - règles de soins infirmiers (5);
 - ordonnances collectives (3).
- Avis et recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres dans l'établissement :
 - politiques (4);
 - procédure (1);
 - autres documents (2).
- Avis et recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments.
- Approbation du Règlement relatif à la régie interne du conseil des infirmières et infirmiers de l'Institut.
- Diffusion du rapport annuel du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers au conseil d'administration.
- Organisation d'évènements informationnels et formatifs pour le personnel infirmier :
 - dîners cliniques du CII (3)
- Organisation d'évènements de promotion et de reconnaissance de la profession infirmière :
 - prix Louise-Jobin remis à M^{me} Nathalie Poulin, chef d'unité de soins au C3SI, clinique de chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse
 - conférence « Le Cœur en altitude » le 20 mai 2019 (231 participants);
 - spectacle « Les Grandes Crues » le 20 mai 2019 (231 participants).
- Participation des membres du CII à divers comités :
 - conseil d'administration;
 - comité de vigilance et de la qualité;
 - comité d'éthique clinique et de l'enseignement;
 - comité de gestion des risques cliniques;
 - table régionale infirmière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

COMPOSITION

MEMBRES

Sylvianne Picard
Valérie Langlois
Serge Simard
Cassiopée Paradis-Gagnon
Carmen Paquette
Vicky Courtois-Plourde
Cynthia Lévesque
Sophie Bellavance
Denis Bouchard

STATUT

Présidente
Vice-présidente
Secrétaire
Membre
Membre
Membre
Membre
Membre désignée
Membre désigné

CONDITION DE DÉSIGNATION/NOMINATION

Membre élue par le conseil multidisciplinaire (CM)
Membre élue par le CM
Membre désigné du CA
Membre élue par le CM
Membre élue par le CM
Membre invitée
Membre élue
Directrice des services multidisciplinaires
Président-directeur général

RÉUNIONS

Le CM a tenu cinq réunions ordinaires, une réunion extraordinaire et une assemblée générale.

RÉALISATIONS

■ Avis sur le projet de règlement modifiant le Règlement sur les autorisations d'accès et la durée d'utilisation des renseignements contenus dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique

- Avis favorable du CM dans un souci d'améliorer la prestation des soins et des services offerts à la population, en s'assurant d'un accès aux banques de renseignements incluses dans le Dossier santé Québec (DSQ).
- Recommandation quant à l'élargissement de cet accès pour les kinésithérapeutes, les psychologues et les orthophonistes ainsi qu'à des domaines d'information supplémentaires pour les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation physique, les ergothérapeutes et les nutritionnistes.

■ Comité de promotion et maintien de la compétence

- Proposition d'une reconnaissance pour le personnel de l'Institut ayant un rôle de formateur afin de promouvoir le rayonnement de l'établissement, et une implication accrue du CM dans la planification des activités de formation à l'Institut.
- Collaboration à l'élaboration d'une procédure relative à la demande de participation à une activité de formation, dans le but de créer une offre plus représentative des besoins des professionnels.

■ Implication au sein de l'instance régionale (regroupement : l'Institut, le CHU de Québec – Université Laval et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale)

- Dépôt d'un avis ou d'une recommandation concernant le programme d'appareils suppléant à une déficience physique afin d'inclure des professionnels de la réadaptation comme référents

autorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec à demander un remboursement des frais, selon les critères établis.

■ Accès amélioré à l'information pour les membres de l'instance par un outil de partage électronique interétablissements.

■ Participation au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et au premier Forum de l'association des conseils professionnels du Québec

- Volonté d'améliorer la collaboration interconseils professionnels (CMDP, CM et CII).

■ Réflexion sur le positionnement actuel du CM et sur le développement souhaité

- Réalisation d'un atelier de réflexion stratégique.
- Élaboration de différentes stratégies d'action pour réaliser les mandats dévolus par l'article 227 de la LSSSS :
 - a) Appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle :
 - o mise à profit de l'expérience des comités de pairs pour proposer des approches cliniques novatrices s'adaptant au nouveau contexte démographique.
 - b) Recommandation sur la distribution appropriée des soins et des services :
 - o utilisation de l'opportunité de l'ajout de lits pour positionner le CM comme expert multidisciplinaire concernant la distribution des soins.
 - c) Impact transversal sur les mandats prévus à la loi :
 - o utilisation de la notoriété des comités de pairs pour faire connaître davantage le rôle du CM;
 - o intégration de l'expertise et du soutien de la DSM pour optimiser la structure du CM et les outils de travail;
 - o inspiration des modèles de fonctionnement des autres conseils (interne et externe) pour mieux réaliser les différentes responsabilités.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Déposer une plainte fait partie des droits des usagers

Lors d'insatisfaction, un usager ou son représentant peut formuler une plainte concernant les services reçus, à recevoir ou requis d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. À l'Institut, des dépliants sur le régime d'examen des plaintes sont disponibles sur l'ensemble des unités de soins ainsi que dans les différentes consultations externes. De plus, le site Internet de l'établissement contient toutes les informations sur les droits des usagers ainsi que le régime d'examen des plaintes.

Durant l'année 2019-2020, l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services a traité 302 dossiers. L'ensemble de ces dossiers fut pris en charge avec un grand respect de confidentialité. Les motifs d'insatisfaction des usagers portent principalement sur la qualité des relations interpersonnelles, l'accessibilité, l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

Les médecins examinateurs exercent des fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident. Dans la dernière année, deux médecins examinateurs ont été nommés par le conseil d'administration. L'augmentation du nombre de médecins

examineurs au sein de l'établissement renforce le principe d'indépendance et limite le risque de conflit d'intérêts. Dans la dernière année, les médecins examinateurs ont examiné 23 dossiers de plainte.

Au cours de l'année, aucun dossier de plainte n'a fait l'objet d'une demande auprès du Protecteur du citoyen en deuxième instance. Cependant, afin de limiter des délais de traitement et de favoriser l'efficacité du régime d'examen des plaintes, la commissaire a donné son accord pour permettre au Protecteur du citoyen de procéder à un examen sans qu'une référence en première instance ait été adressée. L'intervention a mené à l'émission d'une recommandation touchant la notion du droit à l'information. Les travaux visant à répondre à la recommandation sont exécutés et le dossier est considéré comme réalisé.

Pour chacune des interventions effectuées et des recommandations émises, toutes les personnes concernées ont démontré une grande collaboration et un bel engagement à trouver des pistes d'amélioration de la qualité des services ainsi que du respect des droits des usagers. En ce sens, l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services tient à souligner la grande proactivité ainsi que la collaboration des gestionnaires de l'Institut dans le traitement diligent des dossiers de plaintes.

Le tableau suivant présente quelques **mesures d'amélioration** mises en place à la suite de l'application du régime d'examen des plaintes au cours de l'exercice 2019-2020.

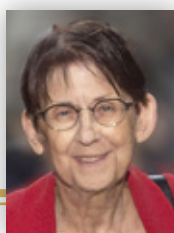
Thèmes et nombre de mesures	Exemples de mesures mises en place
Relations interpersonnelles (18 mesures)	Création d'un outil de communication visant à informer les usagers sur le rôle des technologues en radiodiagnostic, lors des déplacements et des transferts des usagers.
Accessibilité (18 mesures)	Afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers, l'organisation a amorcé différents travaux visant l'optimisation de la planification chirurgicale et la révision des trajectoires, particulièrement au niveau de la chirurgie cardiaque.
Organisation du milieu et des ressources matérielles (13 mesures)	La direction profite des travaux portant sur le développement de l'offre de service clinique pour évaluer la nécessité d'utiliser les lits de surcapacité à l'unité de courte durée gériatrique dans le cadre de la révision de la répartition des lits.
Soins et services dispensés (12 mesures)	Une fois par année, soit avant la période grippale, un physiothérapeute fera un rappel aux inhalothérapeutes sur la technique de <i>clapping</i> .
Droits particuliers (9 mesures)	La Direction des services multidisciplinaires prend les mesures nécessaires pour permettre aux usagers et à leurs proches d'avoir accès facilement à l'information afin de bien saisir la différence entre les soins actifs et les soins de longue durée.
Aspect financier (5 mesures)	La Direction des ressources financières et de la logistique s'engage à rembourser les frais de déplacement à l'usager à la suite d'une erreur dans la planification des rendez-vous.

Le rapport annuel de l'établissement, portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, est disponible sur le site Internet de l'Institut : iucpq.qc.ca, dans l'onglet « SOINS ET SERVICES », section *Usagers/ Satisfaction/ amélioration/plaintes*.

ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Présidente intérimaire	Lucie Goulet	2018-2020
Vice-président intérimaire	Claude Brichard	2019-2021
Secrétaire	Michel Boulay	2019-2021
Trésorier	Réjean Auger	2018-2020
Conseiller et conseillères	Jean-Louis Demers	2019-2021
	Lorraine Déry	2019-2021
	Lise Fournier	2018-2020
	Marthe Hallé	2018-2020



L'année 2019-2020 fut marquée par le décès de la présidente de l'Association des bénévoles de l'IUCPQ-UL (ABIUCPQ), M^{me} Nicole Morin. Bénévole à l'Institut pendant trente ans et présidente de l'ABIUCPQ pendant une douzaine d'années, M^{me} Morin a su faire une différence auprès des usagers par le souci d'offrir une présence chaleureuse des bénévoles. Son implication, son dévouement, son écoute et sa disponibilité auront certainement contribué à laisser sa marque au sein de l'Institut.

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

Préambule

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

SECTION I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- aborde des mesures de prévention, particulièrement des règles relatives à la déclaration des intérêts pour eux-mêmes, leur conjoint ou enfant à charge;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts pour eux-mêmes, leur conjoint ou enfant à charge;
- régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les 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.

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : code d'éthique et de déontologie des membres proposé par le ministère, approuvé par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

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

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

Dans le cas des conjoints de fait :

- sont assimilés à des conjoints deux personnes de même sexe ou de sexe différent qui font vie commune et se présentent publiquement comme un couple, sans égard à la durée de leur vie commune, sauf disposition contraire;

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- l'expression vie commune n'est pas définie par la loi, il faut se référer à l'interprétation jurisprudentielle. Ainsi, faire vie commune, vivre en union de fait ou cohabiter implique habituellement l'existence de certains éléments, parmi les suivants, notamment, une résidence principale commune, le partage de la vie personnelle, le partage des tâches et des responsabilités, le soutien financier, le partage de la vie sociale, le partage de l'usage de certains biens, la notoriété;
- il y a présomption que deux personnes soient des conjoints lorsqu'elles cohabitent depuis au moins un an ou dès le moment où ces personnes deviennent parents d'un même enfant.

Enfant à charge : un enfant est à la charge de son père ou de sa mère ou d'un autre adulte, dans certaines circonstances, lorsqu'il dépend de l'une de ces personnes pour sa subsistance et qu'il s'agit :

- d'un enfant mineur qui n'est pas pleinement émancipé, ni père ou mère d'un enfant à sa charge,
- d'un enfant majeur qui fréquente un établissement d'enseignement et qui n'est ni le conjoint d'une personne, ni marié ou uni civilement, ni le père ou la mère d'un enfant à sa charge.

Entreprise : constitue l'exploitation d'une entreprise l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services.

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

Intérêt : désigne tout avantage, notamment de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

Personne indépendante : 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'établissement.

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

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

Champ d'application

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

Disposition finale

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

Diffusion

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

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

Règles de déontologie

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

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

Disponibilité et compétence

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

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration annuellement les intérêts pécuniaires d'au moins 10 % qu'il détient (ou qui sont détenus par son conjoint ou enfant à charge) dans les personnes morales, sociétés ou entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

Le membre (ou son conjoint ou enfant à charge) qui, en cours d'année, a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V, et ce, dès qu'il prend connaissance de l'existence de cet intérêt.

Le membre qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et

celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

SECTION 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les trente (30) jours de l'adoption du présent *code d'éthique et de déontologie des administrateurs* par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les trente (30) jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) d'élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) de veiller à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) d'informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- d) de conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- e) d'assurer le traitement des déclarations de conflit d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) de réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) d'évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) de retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) d'assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au conseil d'administration.

Processus disciplinaire

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

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

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

Le comité notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s).

Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité.

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

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

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

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

Le comité fournit son rapport au conseil d'administration au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

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

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

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

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

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

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

Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de

SECTION 4 – APPLICATION

l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

Obligations en fin du mandat

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

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

Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

FONDATION IUCPQ



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION

Nous avons ici même à Québec, un centre hospitalier unique au Canada qui se démarque à l'échelle internationale pour ses avancées technologiques, son centre de recherche prolifique et l'excellence des soins offerts aux usagers. Nous savons que les défis et les besoins sont très grands pour le personnel et les médecins de l'Institut.

C'est pourquoi la Fondation IUCPQ est fière d'appuyer notre institut en contribuant à l'achat d'équipements spécialisés, en finançant la recherche et l'enseignement, et ce, au plus grand bénéfice de la population du centre et de l'est du Québec jusqu'au nord du Nouveau-Brunswick, soit plus de 2,2 millions de personnes. En 2019, nous avons remis **3 997 851 \$** à l'Institut afin de soutenir de nombreux projets permettant à l'Institut de demeurer un chef de file à l'échelle mondiale, et à ses équipes médicales d'offrir des soins de qualité exceptionnelle aux usagers avec les meilleures technologies.

La Fondation est d'ailleurs reconnue pour son appui indéfectible à la recherche qu'elle finance à la hauteur de plus d'un million de dollars annuellement et nous le réalisons, notamment par le biais d'un concours annuel de recherche permettant à des dizaines de chercheurs d'entreprendre et de poursuivre leurs travaux de recherche. C'est ainsi qu'en 2019, nous avons participé à plusieurs annonces d'envergure en recherche, démontrant concrètement l'impact positif et l'effet levier que représente la Fondation IUCPQ dans le soutien financier à des projets qui visent directement l'amélioration des soins aux usagers.

Aussi, la Fondation s'investit continuellement à faire connaître l'expertise de l'Institut. Nous le faisons, notamment à travers trois mois thématiques que nous avons développés portant sur nos domaines d'expertise, soit la cardiologie, la pneumologie et l'obésité-métabolisme. Nous sommes particulièrement fiers d'avoir financé la création d'une trousse éducative pour les jeunes du secondaire afin de les conscientiser à l'importance de prévenir le cancer du poumon, mais surtout pour qu'ils ne deviennent pas nos usagers de demain.

Lorsque l'on sait que l'Institut se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspecialisés, nous ne pouvons que nous réjouir d'avoir un tel établissement au Québec. Voilà notre motivation pour soutenir la mission et le développement de ce centre unique, le tout afin de donner une deuxième vie, un deuxième souffle à de plus en plus de gens!

Merci!

Josée Giguère
Directrice générale

OÙ VONT LES DONS?

Grâce à la générosité de ses donateurs et de ses partenaires, la Fondation IUCPQ a pu remettre une somme de **3 997 851 \$** à l'Institut en 2019 afin de contribuer au financement de nombreux projets. La Fondation est fière de soutenir de façon importante l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval, un acteur international déterminant dans la lutte contre les maladies chroniques sociétales, afin qu'il puisse demeurer un leader dans nos domaines d'expertise, soit la cardiologie, la pneumologie et la lutte à l'obésité-métabolisme.

LA FONDATION IUCPQ REMET PLUS DE 1 000 000 \$ À DES CHERCHEURS DE L'INSTITUT

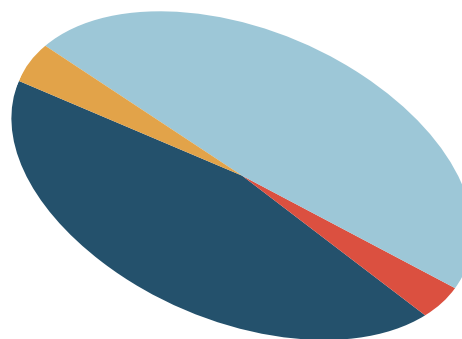
En 2019, dans le cadre de son concours annuel de recherche, la Fondation IUCPQ a remis **plus de 1 M\$ à 42 chercheurs de l'Institut** afin de soutenir la lutte aux maladies cardiovasculaires, pulmonaires et celles liées à l'obésité. Ces trois axes du Centre de recherche se situent au cœur des priorités mondiales dans le domaine de la santé et représentent une force stratégique majeure pour freiner la progression de maladies chroniques sociétales dévastatrices qui affectent plus de la moitié de la population canadienne.

147 229 \$

ont servi à l'achat d'équipements spécialisés pour l'Institut afin que nos spécialistes œuvrent dans un environnement à la fine pointe de la technologie;

1 489 070 \$

ont été investis en concours de recherche, en enseignement et en bourses à des chercheurs, leur permettant ainsi de continuer de se démarquer aux quatre coins du globe;



130 000 \$

ont été remis pour la Biobanque, afin de faire progresser la recherche sur les maladies cardiovasculaires, respiratoires et liées à l'obésité, diabète de type 2 et métabolisme ainsi que la médecine personnalisée;

1 361 530 \$

ont été déboursés pour des projets de la campagne majeure, dont la salle hybride qui a bénéficié de la plus grande contribution à ce jour de la Fondation et qui a servi de levier pour ce projet de plus de 30 M\$.



Une partie des 42 chercheurs récipiendaires du concours annuel de recherche en compagnie de Josée Giguère, directrice générale de la Fondation IUCPQ.



01. Carine Vézina, infirmière auxiliaire, 02. Martin Duclos, infirmier, 03. Mireille Villeneuve, infirmière clinicienne spécialisée, 04. Claude Gaudreault, Service d'alimentation, 05. Maryse Lemyre, infirmière clinicienne, 06. D^r Bernard Noël, cardiologue, 07. Mireille Fleury, technicienne en réadaptation, 08. Marc Veillette, professionnel de recherche, 09. Jiali Levasseur, inhalothérapeute, 10. Sébastien Cartier, kinésologue, 11. Mélanie Lemelin, directrice adjointe à la DSI, 12. Jean Guèvremont, chef sécurité, télécommunications et stationnement, 13. Feu Nicole Morin, présidente de l'Association des bénévoles, 14. D^r Paul Poirier, cardiologue, 15. Florence Fortier, préposée aux bénéficiaires, 16. Reda Haouari, infirmier praticien spécialisé, 17. Véronie Gosselin, infirmière clinicienne, 18. Olivier Bouffard-Chabot, conseiller en prévention et contrôle des infections, 19. Alejandra-Guerra Mata, infirmière, 20. Denis Ledrou, préposé à l'hygiène et salubrité, 21. D^{re} Catherine Labbé, pneumologue, 22. Mario Savard, journalier, 23. Jade Steben, agente d'information, 24. D^r Simon Marceau, chirurgien, 25. Camille Lebel, infirmière.

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



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES
2725, CHEMIN SAINTE-FOY, QUÉBEC (QUÉBEC) G1V 4G5