

L'INSTITUT

»» SOMMAIRE

- 3 TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE
- 5 SYMPOSIUM DE CHIRURGIE BARIATRIQUE
- 5 SENSIBILISATION AU BRUIT ET À LA CONFIDENTIALITÉ
- 6 CHRONIQUE D'UN PROJET RÉUSSI
- 7 L'INSTITUT À L'HONNEUR
- 8 ÉQUIPE DE CONSULTATION GÉRIATRIQUE
- 9 GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE
- 10 JOURNÉE SCIENTIFIQUE DE L'ALLIANCE SANTÉ QUÉBEC (ASQ)
- 10 CENTRAIDE
- 11 COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE
- 12 FLASH SST
- 13 LUTTE ANTITABAC
- 14 ENTREPRISE EN SANTÉ
- 16 CHORALE DE NOËL
- 16 REPAS DES EMPLOYÉS
- 17 AAPA
- 18 HOMMAGE AUX BÉNÉVOLES
- 20 SUBVENTIONS EN PNEUMOLOGIE ET EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE
- 20 RÉCENTES NOMINATIONS
- 21 CENTRE DE RECHERCHE
- 25 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
- 29 QUALITÉ ET RISQUES
- 32 PROJETS LEAN
- 38 NOUVELLES DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE
- 40 SOINS SPIRITUELS
- 42 NOUVELLES DE VOTRE FONDATION



LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

Le 5 juin 2014, l'Assemblée nationale du Québec adoptait le projet de loi n° 52 concernant les soins de fin de vie, loi qui est entrée en vigueur le 10 décembre dernier. La loi adoptée définit les soins de fin de vie (art. 3) en incluant les soins palliatifs ainsi que l'aide médicale à mourir. Elle « a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie » (art. 1) en précisant les droits des personnes. À cette fin, la loi précise l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de manière à ce que toute personne ait accès à des soins adaptés selon leur besoin, notamment pour prévenir et apaiser leurs souffrances (art. 1). Concrètement, tous les établissements de santé publics devront offrir des soins palliatifs, avec un programme, une équipe interdisciplinaire, un environnement favorable et ce, tant pour la mission hospitalière que pour les autres missions (hébergement, soins à domicile). Fondamentalement, la loi fournit donc l'obligation d'offrir des soins palliatifs et de fin de vie de qualité et vient encadrer et baliser deux types de soins, soit la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.



La sédation palliative continue (SPC) est un soin offert, dans le cadre des soins palliatifs, qui consiste à l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès (art. 3.5). Ce type de soins existait déjà mais il bénéficiera dorénavant de balises précises, tant au niveau des indications que de l'administration, de la surveillance et de la déclaration. La sédation palliative continue doit être distinguée de la sédation secondaire (induite par un médicament par exemple pour l'analgésie), de la sédation thérapeutique et de la sédation intermittente (aussi utilisée en soins palliatifs).

L'aide médicale à mourir (AMM) est aussi un soin qui consiste à l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès (art. 3.6). La loi a prévu plusieurs critères d'admissibilité (art. 26) qui encadrent l'application de ce soin. Pour être éligible à l'aide médicale à mourir, la personne qui en fait la demande doit être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie, majeure et apte à consentir aux soins, être en fin de vie, être atteinte d'une maladie grave et incurable, présenter un déclin avancé et irréversible de ses capacités ainsi que des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent

DEMANDES EN LIGNE



Saviez-vous qu'il est possible de faire des demandes en ligne pour plusieurs services ?

Des formulaires sont disponibles sous différents onglets de l'intranet.

ONGLET EMPLOYÉ/INFORMATIONS GÉNÉRALES

- *Changement d'adresse*

ONGLET SOUTIEN ADMINISTRATIF

- *Activités de communication* (conférence de presse, entrevue avec des médias, tournages, kiosque d'information, de promotion ou de sollicitation à la cafétéria ou ailleurs dans l'établissement)
- *Installations matérielles* (électricité, plomberie, mécanique, menuiserie, électromécanique, peinture, réfrigération, instrumentation et contrôle, serrurerie, entretien extérieur)
- *Téléphonie* (installation ou réparation téléphonique, modification à l'afficheur de votre téléphone, modification au bottin téléphonique, code personnel pour effectuer des appels interurbains)
- *Audiovisuel* (équipements)

ONGLET INSTITUT

- *Forum de suggestion*
- *Soumettez vos bons coups!*
- *Enseignement/Bibliothèque/Demande d'information*

Pour accéder à ces formulaires, visitez le site intranet aux onglets désirés.

L'équipe du Service des communications et des relations publiques



SILENCE, ON TOURNE DES CAPSULES SANTÉ ÉDUCATIVES EN PRÉVENTION ET EN PROMOTION DE LA SANTÉ!

L'expertise des équipes de l'Institut est au cœur de plusieurs capsules santé actuellement en tournage. Déjà, vous pouvez visionner sur IUCPQ.qc.ca, quelques capsules santé portant sur les sujets suivants : l'activité physique, le tour de taille, le grand défi entreprise (discussion relative aux enjeux de la sédentarité), etc. Au

cours des prochains mois, de nouvelles capsules viendront s'ajouter, touchant différents sujets en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Certaines de ces capsules sont destinées à l'intention du grand public et d'autres à l'intention des professionnels de la santé. Ces vidéos, qui ont fait leur apparition à l'été 2014, sont graduellement disponibles sur le site Internet de l'Institut ainsi que sur les réseaux sociaux. Le groupe de travail responsable de ces capsules santé est composé des personnes suivantes : la directrice des programmes, les cogestionnaires du Programme de promotion de la santé et réadaptation, le chef de service du PPMC, un représentant du Service des communications et du Service d'audiovisuel, un représentant de la Fondation ainsi que le Dr Jean-Pierre Després, directeur adjoint de la recherche en cardiologie.

Si vous avez des sujets à proposer, des questions ou tout simplement désirez collaborer aux tournages, vous pouvez joindre M. Mathieu Bordeleau ou le Dr Jean-Pierre Després.

Bon visionnement et bravo à toute l'équipe pour cette belle initiative!

Communications et relations publiques

L'ÉQUIPE DU BULLETIN

ÉCRIVEZ-NOUS À :
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Joël Clément

Adjoint au président-directeur général,
Responsable des communications
et des relations médias et des
renseignements aux citoyens

Coordonnatrice : Danielle Boucher

Infographie : Siamois graphisme

Impression : Imprimerie Sociale

Un remerciement spécial
à nos bénévoles pour leur
collaboration à l'envoi du journal.

Le Service d'audiovisuel
contribue à la majorité des
photographies contenues dans
le journal et est disponible
pour couvrir les
événements spéciaux,
poste téléphonique 4547.

Correction et relecture :

Joanne Hamelin

Date de tombée :

18 mars 2016

Prochaine date de parution :

26 avril 2016

Tirage : 1 250 copies

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 1920-3012

ISSN 1920-9398 (PDF)



Ce document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation, certifié Éco-Logo, Procédé sans chlore et fabriqué à partir d'énergie biogaz.

Le 2 novembre 2015

Au personnel de l'IUCPQ,

Merci pour les bons soins que j'ai reçus chez-vous entre les 12 et 17 octobre 2015. Un merci spécial au Dr Nguyen et au Dr Barbeau, à l'équipe de la salle d'opération accompagnant le Dr Barbeau le 16 octobre 2015 et au très dévoué et compétent personnel de l'unité de cardiologie, en particulier Annie, Marie-Claude, Chantal, Isabelle, Marylène, Guylaine, Stéphanie (2), Andréa, Vicki, Manon, Ève et toutes les autres dont je n'ai malheureusement pu retenir les noms, je vais très bien grâce à vous.

MERCI pour votre accueil, votre attention et votre gentillesse. Je n'oublierai jamais les bons soins reçus lors de mon séjour chez vous.

Louis Arsenault
Rimouski

Le 19 octobre 2015

Au personnel de l'Urgence,

Quelques mots pour témoigner ma gratitude à toute l'équipe qui m'a accueilli et traité à l'urgence dans la nuit du 7 octobre vers 3 h pour un infarctus. C'est grâce à votre très grand professionnalisme si je suis toujours vivant. Je vous en serai toujours reconnaissant.

Encore une fois, mille mercis à toute l'équipe!


André Barbeau

Membre fondateur de la Randonnée Cyclo-Défi
(au profit de la Fondation de l'IUCPQ)

Octobre 2015

Bonjour,

Ma mère, Mme Béatrice Pelletier, a fait un séjour au 3^e Notre-Dame pour des soins palliatifs. Bien que travaillant depuis plusieurs années ici à l'IUCPQ, ce département m'était pratiquement inconnu, heureusement dira-t-on, considérant le type de soins que l'on doit y prodiguer. Peut-être en est-il ainsi également à cause de sa localisation, un peu à l'écart... quoiqu'il en soit, je me dois d'admettre que malgré les circonstances difficiles, j'ai été fortement impressionnée. J'y ai rencontré un personnel extraordinaire. En fait, j'ai fait la connaissance de gens incarnant constamment, lors de leur travail quotidien, le PROFESSIONNALISME, la BONTÉ, le RESPECT. Des gens aussi formidables qui sèment l'espoir de jours heureux malgré une situation difficile, annonçant plus souvent qu'autrement l'imminence d'une perte aussi tragique que celle d'une mère ou



Témoignages de GRATITUDE

d'une personne chère. La parole réconfortante de Guylaine, le geste attentionné d'Anne-Marie ou la bonne humeur et le dynamisme d'Hélène ne sont qu'une infime partie de ce qui se vit au quotidien à ce département.

Je ne peux pas non plus passer sous silence le travail extraordinaire de l'équipe médicale de soins palliatifs et là, je pèse mes mots. La générosité de cette équipe est sans limites, toujours disponible et à l'écoute de nos besoins, émotions et douleurs. Un merci tout particulier au Dr^e Anne Moreau qui a accompagné ma mère à son dernier repos et qui a su répondre à nos demandes et à nos besoins.

Que dire de cette chère Nadine qui se donne sans retenue pour atténuer notre douleur et notre détresse. Merci d'être toi. La beauté se trouve dans la rencontre de gens aussi merveilleux. Je me dois de mentionner que toutes ces belles rencontres ont pour point de départ la bonté d'âme du Dr Lampron qui a su remédier aux failles de notre système de santé. Merci au nom de toute ma famille.

Merci à tous et longue vie à ces valeurs qui sont tellement importantes, voire essentielles :

Respect, Bonté et Humanité.
Avec toute notre gratitude,

La famille de Mme Béatrice Pelletier

Le 10 septembre 2015

Bonjour,

Le 9 septembre 2015, après 11 jours à se battre pour continuer de vivre, ma petite maman sort aujourd'hui des 6^e soins intensifs de l'Hôpital Laval, maintenant appelé : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). Quoi qu'il en soit, je veux saluer l'extraordinaire personnel qui œuvre dans cet hôpital. Qu'il s'agisse des préposé(e)s aux bénéficiaires, des personnes à l'entretien,

Suite à la page 4

être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. Les infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens et médecins peuvent recevoir une telle demande et la transmettre au médecin traitant. Celui-ci devra procéder à l'évaluation de l'éligibilité avant d'administrer lui-même l'aide médicale à mourir, et ce, après la confirmation de l'éligibilité par une évaluation d'un deuxième médecin. Le médecin peut aussi refuser de procéder. Toutefois, il doit transmettre la demande à un autre médecin. Les ordres professionnels concernés balisent très précisément l'administration de l'aide médicale à mourir.

Par ailleurs, la loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimés clairement et librement par une personne (art. 1). Cet élément fait référence aux directives médicales anticipées (DMA). Au sens de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, au moyen de directives médicales anticipées, indiquer si elle consent ou refuse certains soins médicaux dans l'éventualité où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Les directives médicales anticipées sont faites au moyen d'un formulaire (RAMQ) ou par acte notarié. Toutefois, aucune demande d'aide médicale à mourir ne peut être faite par les DMA. Les directives médicales anticipées s'appliquent spécifiquement à cinq soins (réanimation cardiorespiratoire, ventilation assistée, dialyse rénale, alimentation forcée ou artificielle, hydratation forcée ou artificielle) dans trois conditions cliniques possibles: situation de fin de vie (condition médicale grave et incurable), situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives (état comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent) et autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives (ex.: démence à un stade avancé).

La loi doit être effective intégralement depuis le 10 décembre 2015; néanmoins, la Cour d'appel a entendu le gouvernement du Québec vendredi en appel d'une injonction visant à empêcher l'application des articles de Loi relatifs à l'aide médicale à mourir du fait que le code criminel canadien rend cette disposition illégale au moins jusqu'au 6 février 2016. La Cour d'appel devrait rendre son jugement incessamment.

De ce fait, à l'IUCPQ-UL plusieurs documents (politique relative aux soins de fin de vie, code d'éthique, arbres décisionnels pour SPC, AMM, DMA, etc.) ont été élaborés dans le cadre de la loi sur les soins de fin de vie. Entre autres, les procédures sur les DMA, les SPC et l'AMM ont été complétées. Des ordonnances individuelles standardisées concernant les SPC et l'AMM ont été réalisées. De plus, une formation sur la nouvelle loi concernant les soins de fin de vie a été dispensée à plusieurs professionnels de l'IUCPQ. Cette formation se poursuivra en janvier 2016 et sera ouverte à tous. Par ailleurs, la conférence du docteur Hubert Marcoux sur « L'aide médicale à mourir dans la vie des soignants », qui a eu lieu le 3 décembre à l'auditorium, a été filmée. Cette conférence avait pour but d'amener une réflexion sur le sujet. Elle sera bientôt disponible sur l'intranet (durée de 30 minutes environ).

En conclusion, beaucoup de travail a été réalisé à l'Institut en prévision de l'entrée en vigueur de la loi concernant les soins de fin de vie. Grâce à la cohésion et à la grande collaboration de nombreuses personnes, l'Institut est prêt à offrir les meilleurs soins à la clientèle en fin de vie. En 2016, beaucoup de défis seront au rendez-vous afin d'intégrer cette loi dans notre pratique.

François Aumond, MD, CCMF
Directeur des services professionnels

Diane Francoeur, inf., M. Sc.
Conseillère-cadre aux activités cliniques de la DSI (par intérim)

des infirmiers(ières) ou des gens dans les bureaux; bref, toutes ces personnes qui travaillent très fort pour le bien-être des malades et des personnes âgées vulnérables. Parmi ces gens, nous avons les membres du 3300 des affaires sociales du SCFP. Mille mercis d'avoir pris soin de ma mère et de continuer à en prendre soin, car elle n'est pas tout à fait sortie d'affaire.

Vous êtes vraiment des gens de métier et de cœur! Encore merci à tous les périsoignants!!

Lucie Levasseur
Présidente du SCFP Québec

Le 4 septembre 2015

J'aimerais vous faire part du séjour de ma mère à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Ma mère a été hospitalisée du 30 août au 4 septembre 2015, soit une nuit à l'urgence et le reste au 7^e étage! Elle voudrait dire aux gens de cet étage combien ils sont dévoués et d'une grande gentillesse ainsi que d'une grande générosité... toujours souriants et rassurants, à toute heure de la journée, peu importe l'équipe de travail! Un gros merci pour leurs bons soins!

Merci encore!

Denyse Girard et sa fille Manon
Chambre 7166

Vous voulez lire tout le Recueil de témoignages de gratitude? Rendez-vous sur le site Internet de l'Institut pour le consulter en ligne : IUCPQ.qc.ca

Nous souhaitons que cet ouvrage serve à mettre en valeur tous ceux et toutes celles qui, dans leurs occupations professionnelles respectives, ont à cœur la santé et le bien-être de notre clientèle et c'est avec toute notre reconnaissance que nous leur dédions ce recueil.

L'équipe des communications

PREMIÈRE ÉDITION DU SYMPOSIUM DE CHIRURGIE BARIATRIQUE À L'INSTITUT

Le premier symposium de chirurgie bariatrique à l'IUCPQ-UL, *Mieux comprendre pour mieux soigner...*, s'est déroulé les 15 et 16 octobre dernier. Cette première édition a été un franc succès. Deux cents professionnels de la santé présents sur place ou par visio-conférence ont pu bénéficier de formations offertes par des experts de l'obésité.

Un grand total de 25 présentations couvrant l'ensemble de la trajectoire de la chirurgie bariatrique sont maintenant disponibles sur le site Internet de l'Institut dans la section *Soins et services* » *Autres spécialités et services* » *Professionnels de la santé* » Chirurgie bariatrique, à l'adresse suivante : <http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/autres-specialites-et-services/professionnels-de-la-sante/chirurgie-bariatrique>

Le comité organisateur tient à remercier tous les intervenants médicaux et les professionnels qui ont contribué à la réussite de l'évènement. De plus, nous tenons à remercier la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval pour son apport financier dans l'évènement ainsi que tous nos autres partenaires : Pfizer, J&J, Janssen et Novo Nordisk.

Le comité organisateur vous dit à l'an prochain!



Le comité organisateur, de gauche à droite : Mélanie Lemelin, chef d'unité, chirurgie bariatrique; Annick Dallaire, infirmière clinicienne, clinique externe, chirurgie bariatrique; Marie-Claude St-Pierre, infirmière clinicienne, étage chirurgie bariatrique; Isabelle Poirier, coordonnatrice clinique télésanté intérimaire; D^r Simon Marceau, chirurgien bariatrique. Absent lors de la photo : D^r Laurent Biertho, chirurgien bariatrique

SENSIBILISATION AU BRUIT ET À LA CONFIDENTIALITÉ

Les résultats des plus récents sondages auprès de notre clientèle indiquent un taux global de satisfaction de 90,97 %, ce qui est considéré comme excellent. Toutefois, le taux de satisfaction en lien avec la dimension « Vie sur l'unité » chute à 80 %. Les commentaires les plus souvent mentionnés par la clientèle à propos de cette dimension concernent principalement le bruit ambiant provoqué par les conversations entre les intervenants ainsi que le manque de confidentialité.

Annuellement, le Service des archives médicales tient une campagne de sensibilisation à la confidentialité dans l'établissement. De plus, lors de l'embauche des nouveaux employés, un engagement à la confidentialité est signé et des formations sont offertes durant l'année. Malgré toutes ces mesures, le résultat des sondages démontre des insatisfactions à cet égard.

Nous faisons appel à vous afin d'améliorer les saines pratiques entourant la confidentialité lors de la prestation exemplaire de soins. Nous demandons également votre collaboration afin de respecter en tout temps notre engagement envers la clientèle d'offrir un environnement de soins calme et reposant, et ce, dans les corridors, les espaces communs et les chambres d'usagers.

Au nom de notre clientèle, je vous remercie sincèrement de votre collaboration.

*Le président-directeur général,
Denis Bouchard*

CHRONIQUE D'UN PROJET RÉUSSI

PLUSIEURS FACTEURS INFLUENCENT LE DÉROULEMENT D'UN PROJET ET UNE VARIATION DANS QUELQUES-UNS DE CES FACTEURS PEUT INFLUENCER GRANDEMENT LE RÉSULTAT FINAL. MAIS POUR AVOIR UN « SUCCESS STORY » IL FAUT, AVOUONS-LE, UN PARFAIT ALIGNEMENT DES ASTRES. CE GENRE D'ÉVÈNEMENT SURVIENT PEU FRÉQUEMMENT, UN PEU COMME CELUI QUE NOUS AVONS PU OBSERVER DEPUIS OCTOBRE DANS LE CIEL À L'AUBE (MARS, VÉNUS ET JUPITER). CET ALIGNEMENT PRESQUE PARFAIT, C'EST CE À QUOI NOUS AVONS EU DROIT DANS LE PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DE L'URGENCE. NOUS VERRONS QUELS SONT CES FACTEURS QUI EN ONT FAIT UN SUCCÈS MAIS AVANT, VOYONS UN PEU LA CHRONOLOGIE DES ÉVÈNEMENTS.



Le besoin de revoir l'aménagement de l'urgence remonte aussi loin que lors de l'élaboration du plan directeur immobilier en 2006. Ce n'est toutefois que lors de la mise à jour du plan directeur immobilier en 2009 que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a reconnu que des travaux de réaménagement de l'urgence devraient être effectués dans les cinq prochaines années en attendant une éventuelle relocalisation dans un nouveau pavillon.

En mai 2011, le chargé de projet de l'époque obtenait l'autorisation d'aller en appel d'offres pour les services professionnels. En parallèle, deux autres projets préalables devaient être lancés pour permettre l'agrandissement du secteur de l'urgence, soit la construction d'une clinique bariatrique et le déménagement des activités d'endoscopie digestive.

En décembre 2011 débutait le processus de définition des besoins pour la préparation des plans et des devis. Rapidement, les acteurs ont été confrontés à la réalité budgétaire inhérente à tout projet. Cette réalité devait se traduire par le fait qu'il n'était pas envisageable de déplacer les services d'urgence de façon temporaire durant la réalisation des travaux. Aussi, la conception et la réalisation du projet passèrent par un processus complexe de phasage pour permettre l'exécution des travaux sans trop perturber les activités. A fur et à mesure qu'une phase était complétée, elle était transférée. C'est facile à dire mais plus complexe à réaliser. Uniquement pour la partie ventilation, nous remplacions complètement deux systèmes sur trois et modifications de façon importante le troisième, tout en démantelant progressivement les anciens systèmes en fonction au fur et à mesure de l'avancement des travaux. C'est ainsi que le

projet fut découpé en une préphase, cinq phases et dix sous-phases pour un total de douze étapes devant s'échelonner sur 24 mois.

Les longs délais impliqués par un tel projet s'accompagnent souvent de plusieurs changements d'intervenants. Voici les mouvements qui sont survenus en cours de projet concernant des intervenants qui occupaient des positions stratégiques :

- Quatre personnes se sont succédé au poste de chef du Service de l'urgence (intérim ou autres).
- Le chargé de projet de l'établissement a quitté ses fonctions et il a été remplacé en octobre 2012.
- La chargée de projet de la firme d'architectes a quitté en raison d'un congé de maternité et elle a été remplacée à la même période.

Au travers des considérations d'ordre technique, il y a eu toutes les tractations nécessaires pour l'obtention des fonds requis pour la réalisation du projet. Entre la reconnaissance d'une problématique par les autorités et la confirmation finale des budgets, il s'écoule souvent beaucoup d'eau sous les ponts. C'est donc en février 2013 que les appels d'offres pouvaient être lancés pour le choix d'un entrepreneur et qu'en juin de la même année, débutaient les travaux de la préphase. Au-delà du temps investi à la planification et à la préparation des plans, plusieurs changements surviendront en cours de réalisation, notamment pour le secteur de l'urgence mineure et dans la séquence de réalisation. Au bout du compte, l'échéancier initial de 24 mois de travaux sera respecté et en juillet 2015, la dernière phase sera livrée.

Tout au long de ces 24 mois, les usagers, le personnel de l'urgence et les médecins auront subi les inconvénients inhérents aux travaux de réaménagement majeur (bruit parfois intense, circulation restreinte, exigüité des espaces disponibles, etc.). Si certaines phases des travaux se sont déroulées un peu plus loin des activités cliniques, plusieurs se réalisèrent tout autour des civières pendant un peu plus d'un an.

Chaque phase livrée a nécessité une désinfection complète, des déménagements (informatique, ameublement, matériel), des modifications de parcours (pour les ambulanciers, les brancardiers et les préposés), l'ajustement du nombre de civières et leur relocalisation en fonction des espaces disponibles. Donc, une contribution de différentes équipes ainsi

qu'une adaptation continue et soutenue du personnel impliqué dans la prestation des soins a été vécue et ce fut un des éléments de réussite du projet.

Les équipes en place ont dû, à maintes reprises, accueillir un surplus d'usagers par rapport à la capacité disponible malgré le support de l'Agence et des autres établissements de la région. Grâce à la contribution de tous, la qualité des services a été maintenue, voire améliorée, comme en font foi les statistiques annuelles de l'urgence. Il n'y aura eu aucune plainte au cours de ces deux ans de travaux.

COMMENT EXPLIQUER LE SUCCÈS DE CE PROJET?

Tout d'abord, par la collaboration constante du personnel de l'urgence et de l'équipe médicale. Il en aura fallu de la patience et de la tolérance de leur part tout au long de ces 24 mois. La majeure partie du succès de ce projet leur revient d'emblée.

L'engagement indéfectible de la haute direction qui en a fait un projet organisationnel. Cela a permis d'avoir l'appui et la grande collaboration des autres services, notamment des unités de soins et de l'équipe de désinfection qui ont tout mis en œuvre pour faciliter l'admission des usagers de l'urgence devant être hospitalisés.

La grande compréhension de la population, des usagers de l'urgence et de leurs proches.

L'implantation d'un processus de gestion des risques appliqué au projet de construction qui a permis d'éviter que surviennent bon nombre d'événements non souhaités.

La mise en place d'un comité de communication qui a permis d'élaborer diverses stratégies pour informer adéquatement la population et les membres du personnel des enjeux et des impacts du projet.

Un excellent travail de planification et un suivi constant durant chacune des étapes.

Le travail assidu des membres du comité de coordination et de leurs équipes.

La grande complicité entre la Direction des services techniques et la Direction des programmes qui a résulté en une grande vitesse de réaction face aux enjeux rencontrés en cours de réalisation.

Il ne faut pas oublier l'excellent travail de l'entrepreneur et des professionnels au dossier.

En conclusion, il arrive de ces moments dans la vie où tout semble réuni pour en faire quelque chose de vraiment spécial, voire magique. C'est ce qui s'est produit avec ce projet. La contribution de tous a été un des éléments clés du projet. Bravo à vous tous.

Michel Bouchard
Gestionnaire du projet

Hélène Lizotte
Directrice adjointe des programmes

L'INSTITUT À L'HONNEUR

Le 13 novembre dernier, la Direction québécoise de cancérologie (DQC) décernait à Montréal ses *Prix cancérologie 2015*.

Le service d'anatomopathologie et de cytologie de l'IUCPQ-UL s'est alors vu remettre le prix *Organisation des services* pour son laboratoire de pathologie moléculaire du cancer du poumon. Ce laboratoire, démarré en 2013, effectue les tests moléculaires ALK et EGFR, qui déterminent l'admissibilité des patients atteints de cancer du poumon métastatique à des thérapies ciblées mieux tolérées, plus efficaces et moins toxiques que la chimiothérapie conventionnelle. En 2014, ce laboratoire suprarégional a analysé 844 échantillons provenant de 27 centres hospitaliers du Québec en un temps de réponse moyen exceptionnellement rapide de quatre jours ouvrables.



Représentants du laboratoire de pathologie moléculaire du cancer du poumon de l'IUCPQ-UL avec le *Prix cancérologie 2015 Organisation des services*. De gauche à droite : Dr Christian Couture, anatomopathologiste, M^{me} Nathalie Bastien, biologiste moléculaire et M^{me} Aline Aubé, technologiste médicale.

Christian Couture, MD, MSc, FRCPC,
anatomopathologiste
Chef du Service d'anatomopathologie et cytologie

ÉQUIPE DE CONSULTATION GÉRIATRIQUE : 10 ANS DÉJÀ!

Cet automne, l'équipe de consultation gériatrique (ÉCG) a célébré son dixième anniversaire d'existence à l'IUCPQ. Pour cette occasion, un kiosque a été présenté au carrefour le 4 novembre dernier. Depuis son implantation en 2005, les membres de l'équipe de consultation gériatrique (ÉCG) supportent les équipes soignantes dans les soins de la clientèle présentant un profil gériatrique complexe. Les spécialistes de l'IUCPQ sont maintenant familiers avec le rôle de l'ÉCG et semblent généralement bien cibler la clientèle pour laquelle nous pouvons apporter un soutien. L'efficacité et la cohésion de nos interventions sont possibles par la présence des différents professionnels au sein de notre équipe, soit un gériatre, sept omnipraticiens, deux infirmières conseillères, une ergothérapeute, une physiothérapeute et une travailleuse sociale.

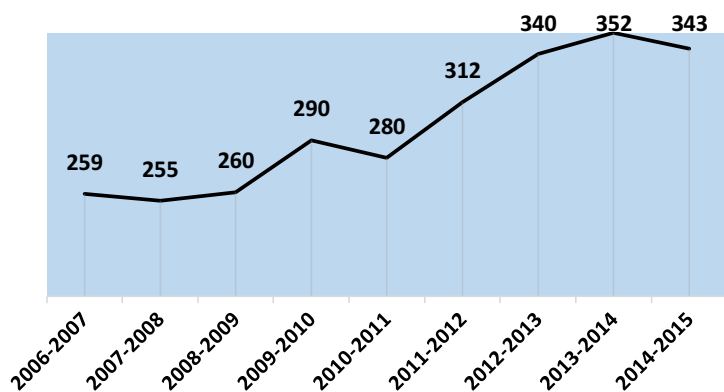
La qualité de la prestation des soins et des services envers la clientèle âgée et la promotion de l'expertise gériatrique font partie de nos objectifs fondamentaux. Certains membres sont donc activement impliqués dans les différents comités et projets reliés à la clientèle âgée. Il est important de souligner que l'implication de l'ÉCG correspond au troisième palier d'intervention présenté dans le cadre de référence de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier du Ministère de la santé et des services sociaux. L'IUCPQ a été très innovateur en constituant l'ÉCG cinq ans avant la publication de cet important document en 2010.

Au fil des ans, nous avons constaté une augmentation progressive du nombre de consultations mais surtout, nous remarquons une accentuation de la complexité de la clientèle référée qui est aussi de plus en plus âgée. Pour l'année fiscale 2014-2015, 38 % des usagers référés provenaient du groupe d'âge des 85 ans et plus.

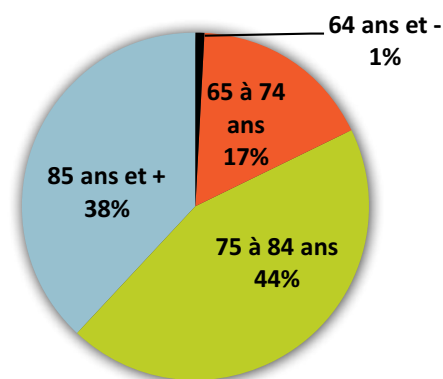


Membres ÉCG 2015 (de gauche à droite) :
Annie Gosselin (travailleuse sociale), D^{re} Mylène Guy, D^r Charles Morasse, D^{re} Josée D'Amours, Joan Bruneau (physiothérapeute), Martine Côté et Jessika Boucher (infirmières conseillères), Renée Gamache (ergothérapeute) et D^r Stéphane Rioux
Absents : D^r Alain Beaumier, D^r Sylvain Blanchet et D^{re} Nathalie Émond, Sylvie Vacher et Stéphanie Lavoie-Beaudet (infirmières cliniciennes en remplacement)
Gériatre : D^r Jean-Pierre Beauchemin

Nombre de consultations par exercice financier

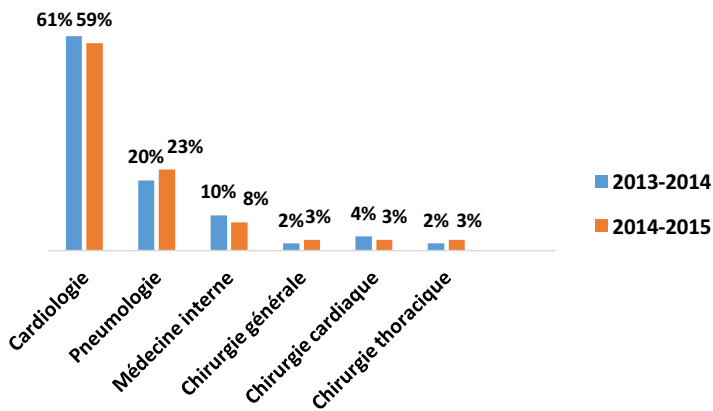


Pourcentages des consultations par groupe d'âge, 2014-2015



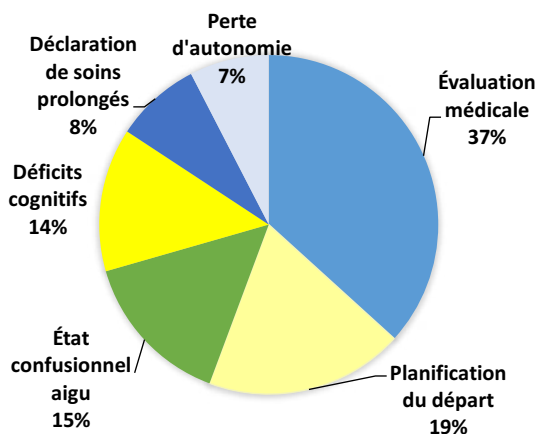
Le secteur de la cardiologie demeure, depuis nos débuts, l'origine principale des demandes de consultation avec 59 % en 2014-2015. Le secteur de pneumologie représente 20 % de nos consultations et le secteur de la médecine interne, 10 %. Les différentes spécialités en chirurgie à l'IUCPQ se situent entre 2 % et 4 % du volume total de nos consultations.

Pourcentages des consultations par secteur d'activité



En 2014-2015, l'évaluation médicale gériatrique a constitué 37 % des demandes de consultation, entre autres pour conseiller des traitements pharmacologiques appropriés pour différentes pathologies gériatriques complexes, telles que le parkinson et l'hypotension orthostatique réfractaire. L'évaluation préchirurgicale et des risques associés, principalement en chirurgie cardiaque, fait aussi partie des demandes spécifiques à l'ÉCG. D'autres demandes concernent la capacité globale d'un usager d'être référé en milieu de réadaptation. Nous observons que 29 % des demandes de consultation sont en lien avec les troubles de l'intellect aigu (delirium) ou chroniques (déficits cognitifs) de l'usager. Tous ces différents motifs de consultation soutiennent la pertinence de notre équipe spécialisée.

Raisons de consultation 2014-2015



Avec l'implantation progressive de l'AAPA, au cours des trois dernières années, les équipes traitantes en collaboration avec les équipes interdisciplinaires semblent de plus en plus à l'aise dans les soins qu'ils prodiguent à la clientèle au profil gériatrique. Les consultations à l'ÉCG devraient donc être primordialement pour les usagers dont les problématiques gériatriques complexes persistent malgré les interventions interdisciplinaires de l'équipe soignante.

Dans le contexte d'une population vieillissante, il y aura encore beaucoup de défis à surmonter pour assurer les meilleurs soins à cette clientèle dans notre établissement. Les membres de l'équipe de consultation gériatrique continueront d'apporter leur expertise et leur soutien dans les années à venir. L'ÉCG compte sur l'appui indéfectible de l'administration hospitalière quant aux ajustements de ressources nécessaires pour mener à bien la mission de l'ÉCG.

Gagnantes des prix de participation au kiosque; certificat cadeau de 20 \$ chez Isabelle la Cafetière : Marie-Pier Aubin et Chantal Michaud.

Les membres de l'équipe de consultation gériatrique

GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE, ÉDITION 2015

L'ÉQUIPE IUCPQ – PNEUMOLOGIE ET CARDIOLOGIE QUI A PARTICIPÉ AU GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE EN JUIN 2015. PHOTOGRAPHIE PRISE LORS DE LA REMISE DES DONS AMASSÉS POUR L'ÉCOLE JULES-ÉMOND.



Roxanne Papineau, nutritionniste, Frederike Dufour, infirmière, Mathieu Bordeleau, chef de service du PPMC, Pierre-Yves Gagnon, pharmacien
Absentes de la photo : Maggie Vallières, professionnelle de recherche, Caroline Gagnon, professionnelle de recherche

JOURNÉE SCIENTIFIQUE DE L'ALLIANCE SANTÉ QUÉBEC (ASQ)



Le 30 novembre dernier avait lieu la deuxième Journée scientifique de l'Alliance santé Québec (AsQ). Sous la présidence de M. Michel Clair, accompagné du Dr Jean-Pierre Després, directeur de la science et de l'innovation à l'AsQ, l'évènement s'est tenu au Hilton Québec. La thématique de cette deuxième journée scientifique mettait en lumière la nécessité pour le réseau de la santé et des services sociaux de la grande région de Québec d'innover en ces temps de réformes, et sa capacité à le faire. Les dirigeants des établissements ont exposé leur vision, leurs besoins selon les différents types d'innovation ainsi que des exemples concrets d'implantation d'innovations.

Qu'est-ce que l'innovation? Quelle place a-t-elle dans nos établissements de santé et de services sociaux? Comment ces établissements sont-ils outillés pour développer ou recevoir l'innovation? Comment les réformes actuelles dans le milieu influencent-elles la culture d'innovation? Autant de questions qui ont été discutées dans le cadre de cette journée. Les participants ont eu l'occasion d'entendre des témoignages et des appels à l'action livrés de façon remarquable par des conférenciers engagés et passionnés.

Notre président-directeur général, M. Denis Bouchard accompagné de la docteure Natalie Alméras du Centre de recherche ont livré leur exposé en utilisant l'exemple du Défi Entreprise parrainé par l'IUCPQ-UL. « L'Institut, par sa mission et sa grande expertise dans l'objectif visant l'amélioration de la santé globale de la population, est un chef de file international dans la production de connaissances et d'innovations, particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques sociétales. L'AsQ est sans aucun doute un vecteur qui potentialisera davantage l'innovation en santé et en services sociaux », a indiqué Denis Bouchard.

La docteure Alméras a poursuivi la présentation en faisant le parallèle entre le secteur privé, pour lequel l'innovation en matière de santé est généralement vue comme un investissement dans ses ressources humaines, alors que dans le secteur public, le recours à des services innovants pour la santé des employés est plutôt perçu comme une dépense de deniers publics. Il est devenu impératif, selon elle, d'être en mesure de quantifier les coûts évités lorsque, notamment, des mesures préventives sont mises en œuvre.

Cette deuxième journée scientifique a également permis un moment de réflexion afin de mieux comprendre les contraintes à l'introduction d'innovations dans les établissements et de discuter des solutions qui pourraient être mises en place.

Pour accéder aux résumés des présentations, veuillez utiliser le lien suivant : <https://www.alliancesantequebec.com/2e-journee-scientifique/presentations/>

Joël Clément
Adjoint au président-directeur général
Responsable des communications, des relations médias et des renseignements aux citoyens

SPAGHETTI « CENTRAIDE »

Le 25 novembre dernier avait lieu le repas spaghetti au profit de Centraide. Grâce à cet évènement près de 1560 \$ seront remis à l'organisme. Nous tenons à remercier le personnel de l'IUCPQ ainsi que les visiteurs pour leur grande participation. Un merci spécial à l'équipe du Service des activités d'alimentation sans qui l'évènement ne pourrait avoir lieu.

À l'année prochaine!

Sophie St-Laurent, chef du Service des activités d'alimentation

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE : UNE BOUFFÉE D'AIR FRAIS LORSQU'UN CAS DEVIENT BOUILLANT

ENTREVUE AVEC LE DOCTEUR ROSAIRE VAILLANCOURT

AFIN DE FAIRE CONNAÎTRE DAVANTAGE SES ACTIVITÉS ET SON FONCTIONNEMENT, LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE A RÉALISÉ UN ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR ROSAIRE VAILLANCOURT, CAR CELUI-CI A EU L'OCCASION DE PRÉSENTER QUELQUES CAS AU COMITÉ. IL NOUS PARLE DE LA PLACE DE L'ÉTHIQUE DANS SA PRATIQUE ET DES RAISONS POUR LESQUELLES IL A FAIT APPEL AU COMITÉ.

L'entretien a été réalisé par Patrick Careau, coprésident du comité d'éthique clinique et par Marie-France Paquette, éthicienne, qui a également rédigé ce texte.

Bien que les cours traitant d'éthique médicale n'existaient pas à l'époque de ses études de médecine, le Dr Vaillancourt a eu l'occasion, très tôt dans sa carrière, de constater le rôle que pouvait jouer l'éthique en milieu hospitalier. En tant que résident à l'Hôtel-Dieu de Montréal, il a assisté à des réunions où des cas très difficiles étaient discutés. David Roy, un pionnier dans le domaine de la bioéthique au Québec, participait aux échanges. Cette rencontre ainsi que la façon de procéder auront un impact sur le Dr Vaillancourt : « Quand tu vis ça dans ta résidence, tu te dis que si un jour tu en as besoin, tu n'hésiteras pas à faire appel à quelqu'un comme lui. »

Tous les cas ne demandent pas nécessairement l'éclairage du comité d'éthique, mais dans la pratique, les décisions complexes à prendre ne manquent pas. Comme il le souligne avec justesse, « en médecine, c'est rarement noir et blanc. On est plutôt constamment dans de multiples teintes de gris. » Pour lui, l'éthique est une nécessité professionnelle, c'est de faire la bonne chose pour la bonne personne au bon moment : « Mon premier principe, c'est de toujours essayer de respecter la volonté du patient, c'est ça mon obligation déontologique, mon premier devoir est envers mon patient », insiste-t-il. Toutefois, il peut arriver qu'une situation conflictuelle survienne lors d'une prise de décision ardue (au sens de discordance, disparité de point de vue, dilemme) entre le médecin traitant et son patient, avec la famille de celui-ci ou bien avec d'autres membres des équipes médicales et paramédicales. Il peut arriver aussi que le médecin traitant doute et s'interroge sur ce qui constitue la bonne décision à prendre.

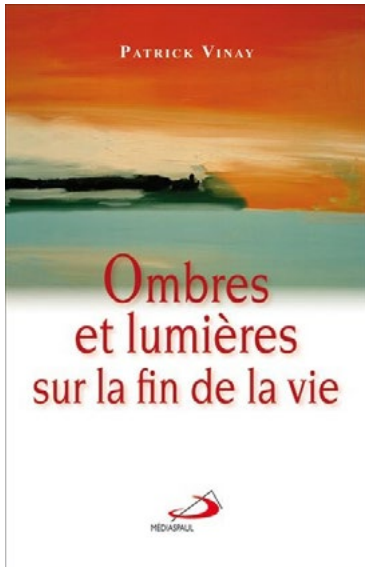
C'est à ce moment que la décision de présenter un cas au comité d'éthique clinique peut survenir. En effet, « qui peut se vanter de toujours prendre la meilleure décision, tout seul, tout le temps? ». Il soutient d'ailleurs que « quelqu'un qui a assez d'assurance est capable d'aller chercher l'opinion d'autrui et être confronté avec sa façon de voir ». Le Dr Vaillancourt fait d'ailleurs valoir l'apport que représente la composition multidisciplinaire du comité, ainsi que l'apport que constitue ce regard extérieur : « Je trouve que des fois, dans une situation où ça devient très chaud, le comité d'éthique amène de l'air frais, ça baisse la température, ça permet de calmer tout le monde ». Et cela s'applique aussi

bien sûr au médecin traitant lui-même : « des fois, tu peux aussi être biaisé parce que tu as trop le nez dans le dossier. Le médecin ne recourt pas nécessairement au comité pour cautionner une décision qu'il pense juste; ça peut aussi le ramener à l'ordre si, pour différentes raisons, il est trop biaisé. À ce moment-là, des personnes de l'extérieur, avec un regard différent et des formations différentes, peuvent nous apporter un éclairage très utile ».

Il évoque d'ailleurs un cas particulier, celui où la fille d'une patiente l'a accompagné au comité d'éthique (une situation exceptionnelle, qui ne devrait d'ailleurs pas être la norme selon lui). Il fallait prendre la décision de laisser mourir la mère, car il n'y avait plus d'autres issues possibles. Mais cette décision allait à l'encontre des volontés de la mère. Le comité d'éthique clinique a entendu le Dr Vaillancourt et la fille de la patiente : « En bout de ligne, ça a été apaisant pour la fille, il y a eu toute la démarche, elle en a vu le sérieux et elle a convenu que même si c'était en opposition avec la volonté de sa mère, c'était le mieux pour elle de la laisser mourir lorsque le temps serait venu ». En montrant que la présentation du cas au comité cherche le meilleur intérêt du patient, « ça peut faciliter, aider à rebâtir des liens pour refaire consensus face à une conduite clinique ». Il souligne aussi que les quelques fois où il a fait appel au comité, « c'était surtout pour une abstention thérapeutique ou pour arrêter l'escalade des soins ».

Au cours de ses années de pratique, le Dr Vaillancourt a pu observer de grands changements dans la façon dont ses patients envisageaient la mort, ce qui aurait peut-être un lien, selon lui, avec l'escalade des traitements dans certains cas : « dans les années soixante-dix et même quatre-vingt, les patients âgés avaient une certaine sécurité, une certaine sérénité face à la mort prochaine ou à la mort possible. Aujourd'hui, les gens ne veulent plus mourir, car pour la majorité des gens, c'est la fin de tout ».

Interrogé à savoir ce qu'il pensait du fait qu'un membre de l'équipe traitante autre que le médecin puisse demander l'avis du comité, il répond que « ce qui compte, c'est que la bonne idée profite au patient, peu importe qui l'a ». Selon lui, la procédure pour présenter un cas au comité doit être



Patrick Vinay, *Ombres et lumières sur la fin de la vie*, Éditions Médiaspaul, 2010, 80 p.

le plus simple possible, sans quoi cela pourrait représenter un frein. De fait, les journées sont longues, chargées et le comité doit représenter une aide plutôt que la perspective d'un surcroît de travail. Informé de la simplicité du processus ainsi que de la possibilité de présenter un cas a posteriori afin d'effectuer une analyse rétrospective, il a jugé cette dernière possibilité intéressante, bien que n'y ayant jamais eu recours.

Lors de notre rencontre, le Dr Vaillancourt nous a chaudement recommandé la lecture de l'ouvrage *Ombres et lumières sur la fin de la vie*, écrit par le docteur Patrick Vinay. Celui-ci œuvre à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame. Néphrologue de formation, il a été, entre autres, président du Fonds de recherche en santé du Québec et doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Cette plaquette de quatre-vingts pages est divisée en trois parties : « Moments d'incertitude », « Problèmes d'éthique » et « Précieuse fin de vie ». Les courts chapitres qui les composent permettent de clarifier certaines notions, d'expliquer les pratiques médicales ainsi que le processus de l'agonie, toujours à l'aide de mises en situation. Cet ouvrage, bien vulgarisé, peut être remis entre toutes les mains, afin d'apporter un peu de lumière à travers l'épreuve que constitue la fin de la vie.

Marie-France Paquette, éthicienne
Membre du comité d'éthique clinique de l'IUCPQ

FLASH SST

NOUS PELLETONS, VOUS PELLETEZ, ILS PELLETTENT! LE PELLETTAGE HIVERNAL

Saviez-vous que selon une étude publiée dans l'*American Journal of Emergency Medicine*, environ 11 500 personnes par année se blessent en pratiquant ce sport qu'est le pelletage? Pas surprenant puisqu'en moyenne, une pelletée de neige pèse environ onze livres et quand celle-ci est mouillée, c'est plutôt 24,2 livres en moyenne selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). Il est néanmoins possible de réduire les risques de troubles musculosquelettiques grâce à l'utilisation d'une bonne technique de pelletage et d'une posture adéquate. Voici quelques conseils pour vous permettre de pelleter sécuritairement :

Si possible, déterminer un endroit où la neige ne sera pas nuisible et **la pousser avec la pelle** jusqu'à cet endroit, sans la soulever.

Si vous devez soulever la neige, éviter les pelletées trop chargées et trop lourdes. Également, déplacer la neige en évitant la torsion du dos mais plutôt en bougeant les pieds. Une de vos mains sur le manche doit être placée le plus près possible de la pelle, l'autre doit être sur la partie supérieure du manche. Fléchissez les genoux à chaque fois lorsque vous allez chercher la neige. Finalement, ne soulevez pas la neige par-dessus votre épaule, envoyez plutôt celle-ci devant vous.



Échauffez-vous avant de débiter le pelletage.

Après environ six pelletées, arrêtez-vous quelques instants et prenez la peine de vous **dégourdir un peu le dos** en effectuant quelques extensions du dos, les mains posées sur les hanches.

Pour voir ces conseils en image, vous pouvez aller à l'adresse suivante : <http://www.jobboom.com/carriere/le-pelletage-un-art/>.

Bon pelletage!

Marie-Pier Chabot, kinésiologue



TOXYSCAN : UN RAPPEL D'UTILISATION

Lorsque vous manipulez des produits chimiques ou d'autres matières dangereuses, une fiche de données de sécurité vous permet d'en savoir davantage sur ces derniers et donc, de prendre les précautions qui s'imposent pour vous protéger adéquatement des dangers potentiels reliés à ce produit. Ces fiches sont à votre disposition en tout temps sur le logiciel Toxyscan, qui lui est accessible à partir de tous les ordinateurs de l'Institut. **En allant sur l'intranet dans la section « Risque : Gestion des matières dangereuses – SIMDUT : Toxyscan »**, vous pourrez y retrouver le lien pour aller consulter la base de données. Il s'agit d'avoir en main le nom du produit et de l'inscrire dans la barre de recherche. Ensuite, il vous est possible de cliquer sur le symbole « FDS » en rouge pour télécharger la fiche de données de sécurité sur le produit. Pour de plus amples renseignements sur le logiciel Toxyscan, vous pouvez consulter l'intranet dans la même section et vous référer au guide d'utilisation disponible en ligne.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LA LUTTE ANTITABAC : DEUX CHERCHEURS DE RÉPUTATION INTERNATIONALE DE L'INSTITUT COLLABORENT À UNE ÉTUDE D'ENVERGURE SUR LE MARKETING DU TABAC

Une équipe internationale de chercheurs, à laquelle a participé les docteurs Paul Poirier et Gilles Dagenais, cardiologues et chercheurs au Centre de recherche de l'Institut, a publié les résultats d'une importante étude sur le marketing du tabac. L'étude a été réalisée dans le but d'examiner et de comparer le marketing du tabac au moment où la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac¹ exige des parties de mettre en œuvre une interdiction complète de ce type de marketing. Dans ce contexte, les chercheurs ont répertorié le nombre de publicités et les points de vente sur un parcours d'un kilomètre, dans 462 communautés réparties dans seize pays, de 2009 à 2012. Ils ont également interviewé près de 12 000 personnes pour déterminer leurs niveaux d'exposition au marketing traditionnel et non traditionnel.

Leurs travaux permettent d'établir que le marketing du tabac dans les pays à faible revenu est plus intense que dans les pays à revenu élevé. En effet, le nombre de publicités observées est 81 fois plus élevé dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé. Les points de vente sont également deux fois et demie plus élevés dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire, tranche inférieure, que dans les pays à revenu élevé. Finalement, les chercheurs ont découvert que globalement, près de 10 % des personnes interrogées indiquaient avoir vu des formes de marketing du tabac dans au moins cinq médias au cours des six derniers mois et 45 % indiquaient en avoir vu dans au moins un média. « Les résultats de l'étude révèlent que l'interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac est l'une des mesures de lutte antitabac les moins adoptées par les pays, notamment les pays à revenu faible. Les pays à revenu intermédiaire et élevé sont quatre fois plus nombreux

à l'avoir adoptée que les pays à revenu faible », a indiqué le Dr Armando Peruga, administrateur de programme de l'Initiative pour un monde sans tabac de l'OMS.

Il s'agit de la première étude à faire une comparaison statistique des niveaux de marketing du tabac dans un large éventail de pays depuis 2005, année où il a été exigé aux pays signataires de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac d'adopter des mesures strictes de lutte contre le tabagisme, notamment une interdiction de certaines pratiques de marketing. « L'industrie du tabac utilise des techniques de marketing pour inciter les enfants et les jeunes à fumer », a déclaré l'une des auteurs, la professeure Anna Gilmore, directrice du Groupe de recherche sur la lutte antitabac de l'Université de Bath, au Royaume-Uni. L'étude permet ainsi de mettre en lumière que les pratiques de marketing du tabac qui incitent à la consommation, en particulier chez les jeunes, prennent toujours de l'ampleur en dépit des efforts de nombreux pays pour les interdire. Si les obligations de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ne sont pas rapidement et pleinement mises en œuvre, ces chiffres devraient connaître une hausse considérable avec les effets néfastes sur la santé que l'on connaît des produits du tabac.

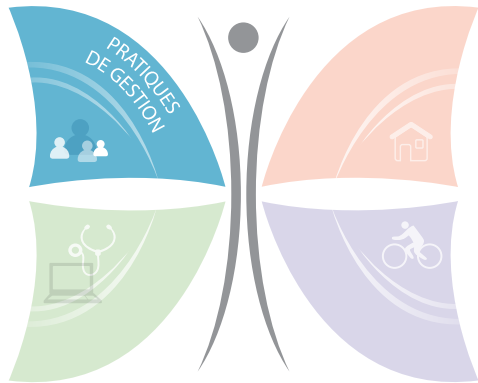
Cette étude a été publiée dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, l'une des principales revues internationales de santé publique, qui se consacre particulièrement aux pays en développement.

*Catherine Nazair, M.A. Affaires publiques
Service des communications et relations publiques*

¹ La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été élaborée à la suite de la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. Depuis son entrée en vigueur en 2005, 180 pays en sont devenus parties. Ce traité, qui couvre près de 90 % de la population mondiale, est celui qui a reçu la plus large adhésion de toute l'histoire des Nations unies.

LA PRESSION D'UN CONFLIT SUR SOI

UN PREMIER ARTICLE VOUS EXPLIQUAIT LA POLITIQUE VISANT À CONTRER LE HARCÈLEMENT ET LA VIOLENCE (DRH-507) AU TRAVAIL QUI STIPULE QU'IL EST DE NOTRE RESPONSABILITÉ DE GÉRER NOUS-MÊMES NOS SITUATIONS CONFLICTUELLES. AVEC L'ÉMOTION QUE NOUS VIVONS DANS CES MOMENTS-LÀ, IL EST PARFOIS DIFFICILE DE SAVOIR PAR OÙ COMMENCER POUR QUE CELA NE DURE PAS DES SEMAINES, VOIRE DES MOIS. CE DEUXIÈME ARTICLE DÉFINIT CE QU'EST LE CONFLIT ET IL PROPOSE UN PROCESSUS DE GESTION DE LA PRESSION QUI S'EXERCE SUR NOUS DANS DE TELLES SITUATIONS, NOUS PERMETTANT DE PRENDRE LES MEILLEURES DÉCISIONS.



QU'EST-CE QU'UN CONFLIT?

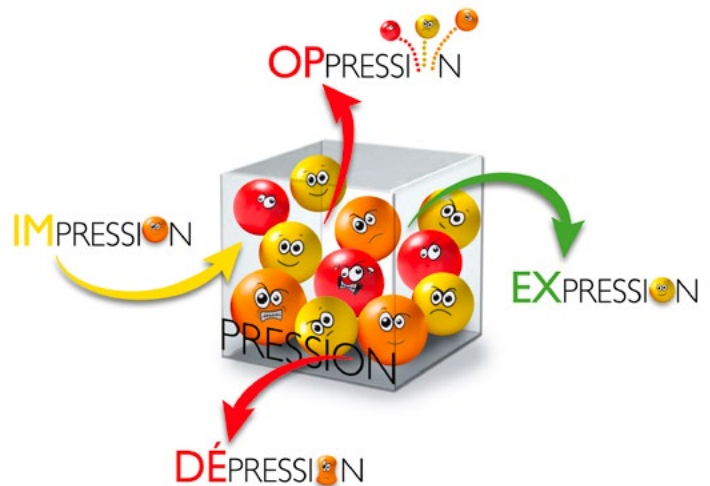
Selon notre politique DRH-507 : « On entend par situation conflictuelle, toute situation qui se définit comme une **opposition** entre des personnes ou des groupes et qui comprend toute forme de **discord**, **d'antagonisme** ou de **tiraillement**, dont les conséquences négatives sur le milieu de travail ou sur les intervenants sont **palpables**. »

De façon plus concrète, un conflit peut être généré par des paroles ou par des actions posées, de façon intentionnelle ou non, par une personne envers une autre, ayant des conséquences négatives sur la relation. J'entends déjà quelques répliques à ces propos : « Comment penses-tu que cela ne pouvait pas être intentionnel? C'est sûr qu'elle l'a fait exprès! ». Il est parfois tout à fait vrai que la personne désire blesser l'autre. Toutefois, ce n'est souvent pas aussi clair que ça. Combien de fois avez-vous mal interprété les propos, les gestes ou les non-dits de l'autre? Il arrive parfois que nous soyons aussi seuls à vivre un conflit, l'autre n'ayant pas eu conscience de son impact.

L'exemple typique est la personne que l'on connaît bien, que l'on croise un matin, qui ne nous salue pas et semble nous éviter du regard. Une des premières questions qui vient à l'esprit des gens est : Est-ce que je lui ai fait quelque chose de mal ou est-elle simplement préoccupée? Notre perception est souvent un biais important dans la façon que nous allons interpréter une même situation. Posez la question suivante à votre entourage : Pour toi, qu'est-ce que signifie le mot reconnaissance? Vous obtiendrez plusieurs réponses différentes, qui sont à l'image de ce que valorise la personne.

DE QUELLE FAÇON PUIS-JE GÉRER CETTE SITUATION CONFLICTUELLE?

En gérant tout d'abord votre propre pression. Nous ne réagissons pas tous de la même façon face à des événements stressants, que ce soit positif ou négatif. Chaque individu possède également sa propre capacité à tolérer cette pression quotidienne. Que l'on soit excessivement tolérant ou que l'on ait « la mèche courte » importe peu. C'est la façon dont nous allons gérer cette pression qui aura un impact, autant sur notre santé que sur notre relation dans un conflit. Pour mieux comprendre ses propres réactions lors d'un conflit, la boîte à pression explique de quelle façon nous gérons les tensions causées par une situation. Elle permet de mieux cibler la façon de réduire la pression pour mieux gérer le conflit ainsi que mieux comprendre le mode de communication de notre interlocuteur.



LA BOÎTE À OUTILS-GESTION DE CONFLIT 

QUELS SONT LES MODES DE GESTION DE LA PRESSION?

Quand on ne sait pas comment gérer nos émotions adéquatement, voici les deux modes que l'on observe souvent : la **dépression** et l'**oppression**.

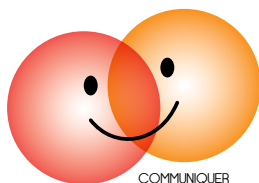
La dépression consiste à ignorer la pression qui existe en encaissant tous les événements ou toutes les situations se produisant dans notre vie. Imaginez-vous piler sur vos

balles de pression afin de créer encore plus d'espace dans votre boîte pour en accumuler. Vous entendrez souvent ces gens se dire qu'ils sont capables d'en prendre. À force de faire de la place, ils finissent par générer l'effet contraire, d'où le terme « dépression » qui se traduit par des problèmes de santé physique ou psychologique. La personne n'a plus d'énergie et craque sous cette lourdeur. Quelle n'a pas été votre surprise de voir un collègue quitter en congé de maladie quand pourtant, tout allait bien? Ce mode de gestion est extrêmement nuisible pour la personne, qui se détruit à petit feu.

D'un autre côté, il y a des gens qui oppressent les autres, car ils ne tolèrent pas le stress qu'ils vivent et ne savent pas comment l'adresser. Pour se départir de cette pression, ils la déplacent vers les autres. Ce sont souvent des personnes qui chialent constamment, qui font sentir leur mauvaise humeur, qui aiment parler contre les autres, qui peuvent élever le ton facilement et « pogner les nerfs » pour un rien. L'impact est ainsi directement lié à la qualité des relations qui s'en trouve diminuée. Ces personnes alimentent souvent les conflits par leurs comportements.

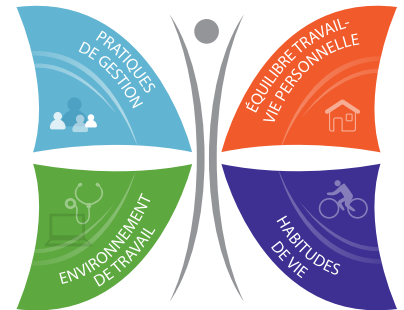
Alors quel mode privilégié? **L'expression!** Tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime et cause les maux que nous venons d'aborder. Il est ainsi important d'apprendre à exprimer ses préoccupations, ses attentes, ses émotions ou ses insatisfactions, une étape à la fois et au moment où cela arrive. L'effet est bénéfique autant pour soi que les autres.

Les prochains articles vous donneront quelques trucs pour vous exprimer simplement en considérant les émotions que vous vivez. D'ici là, commencez déjà à vous pratiquer à parler au JE, tout en restant respectueux et en considérant l'effet que vos propos auront sur l'autre. Il est bien différent de dire : « Je me suis sentie blessée quand tu m'as dit que tu n'avais pas besoin de moi. » que « J'ai bien vu que je n'arriverais à rien avec toi, car j'ai été blessée par tes propos. »



VOTRE COMITÉ SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE (CSME) A UN NOUVEAU PLAN D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE!

En décembre 2014, un sondage a été réalisé auprès d'un échantillon d'employés sélectionnés de façon aléatoire afin d'évaluer les quatre sphères d'Entreprise en santé. À la suite des résultats obtenus, huit groupes de discussion ont été tenus durant les mois de mai et juin 2015. Par ces rencontres, nous désirions obtenir davantage d'informations sur les actions ciblées comme prioritaires par les employés.



Le CSME s'est ainsi penché sur les actions priorisées par les employés et il a choisi deux actions qui ont été intégrées dans le plan d'action « Entreprise en santé ». Ce plan sera adopté par le comité de direction et évalué par les auditeurs du Bureau de normalisation du Québec (BNQ).

ACTION 1 : RECONNAISSANCE DES INITIATIVES INDIVIDUELLES

Plusieurs personnes nous ont rapporté vouloir connaître ce que les employés réalisent, tant au travail que dans leur vie personnelle. Nous avons certains athlètes, mais aussi des personnes engagées au sein de la communauté. La sphère des pratiques de gestion ayant été ciblée comme prioritaire, il a été convenu de faire rayonner les employés pour leurs initiatives individuelles concernant leur santé et leur mieux-être en nommant des « ambassadeurs » pour chacune des sphères d'Entreprise en santé. Ce projet sera joint au gala reconnaissance 2016, au cours duquel les personnes nominées de même que les lauréats seront présentés.

ACTION 2 : AUGMENTER LA CONSOMMATION DE FRUITS ET DE LÉGUMES

Dans le dernier sondage, l'ensemble des employés s'entendait pour dire que la consommation de fruits et de légumes a un apport significatif au niveau de la santé. Pourtant, plus de la moitié ont mentionné ne pas manger leurs cinq portions par jour. La sphère des habitudes de vie étant une priorité pour Entreprise en santé, le CSME a ainsi décidé d'augmenter la consommation de fruits et de légumes favorisant la santé des employés en revoyant l'offre actuelle. Vous verrez ainsi quelques changements dans les prochains mois dans l'offre à la cafétéria.

Ce plan d'action sera d'une durée d'un an, jusqu'au prochain sondage organisationnel qui sera déployé en mars 2016. Toutes les initiatives entamées depuis 2012 se poursuivent, que ce soit pour l'offre de cours au PPMC, pour l'amélioration du local des employés, pour l'amélioration des communications ou pour les aménagements d'horaire de travail. Pour de plus amples détails, vous pouvez consulter notre page sur l'intranet.

Votre comité santé et mieux-être

CHORALE DE NOËL

J'aimerais remercier chaleureusement nos choristes Julie Bérubé, France Brochu, Brigitte Ouellet, Anne Godin, Maryse Tremblay, Nicole Morin, Brigitte Boivin et notre PDG, Denis Bouchard, d'avoir accepté de participer à la chorale de Noël édition 2015. Je tiens particulièrement à souligner l'excellent travail et la complicité que nous avons partagée avec notre guitariste, Michel Bouchard, à qui nous souhaitons de belles années de retraite bien méritées. Tu vas nous manquer.

Outre leur prestation du mercredi 9 décembre, ces personnes ont fait preuve d'une grande générosité en consacrant plusieurs heures de dîner ainsi qu'une soirée pour une répétition générale. Également, un grand merci à Jacques Cadorette pour son essentielle contribution en tant qu'ingénieur de son.

À tous et à toutes, une très belle année 2016 remplie de santé.

Marie-Josée Isabel
Technicienne en administration
Direction des services techniques



Anne Godin, France Brochu, Nicole Morin, Marie-Josée Isabel, Maryse Tremblay, Brigitte Boivin, Brigitte Ouellet, Julie Bérubé, Denis Bouchard, Michel Bouchard

REPAS DES EMPLOYÉS 2015



Francine Careau, Francine Dubé et Jean-François Perreault



Nathalie Thibault et Rémy Thériault



Danielle Roy et Pierre Lefebvre



Hélène Lizotte et Amélie Cantin



Louise Lavoie, Maryse Bernier et Brigitte Dionne

Encore une fois cette année, le repas des employés offert par la direction de l'IUCPQ a été un vif succès. Près de 1700 repas ont été servis lors de cet événement. Nous tenons à remercier spécialement toute l'équipe du Service des activités d'alimentation, le Service des installations matérielles ainsi que le Service d'hygiène et salubrité pour leur contribution à la réussite de cet événement. Nous profitons également de cette tribune pour féliciter la talentueuse chorale de la Fondation.

Chapeau à toute l'équipe de production.

À l'an prochain!

Le Service des activités d'alimentation

ACTIVITÉS ANNUELLES DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA)



Pour la troisième année consécutive, le 6 octobre dernier, nous avons eu le privilège d'entendre le docteur Jean-Pierre Beauchemin, gériatre à l'IUCPQ, nous présenter une conférence dans le contexte des activités annuelles de l'Approche adaptée à la personne âgée. La conférence portait sur « Les troubles cognitifs et atteintes du comportement ». La vulgarisation par le Dr Beauchemin de ce thème complexe a permis aux participants de mieux comprendre les interventions à privilégier avec cette clientèle.

Au total, 251 personnes ont assisté à la conférence, ce qui représente une augmentation de 16 % comparativement à 2014. Comme l'an dernier, l'horaire incluait des présentations au salon de la cafétéria, pour le personnel de soir et de nuit, ce qui fut à nouveau grandement apprécié. Cette conférence ainsi que celles des deux années précédentes sont accessibles sur Intranet dans l'onglet « Clinique », section Approche adaptée à la personne âgée. Le thème des conférences diffère à chaque année et le comité organisateur vise toujours un sujet qui répond aux besoins du personnel de l'Institut.

Par ailleurs, le 8 octobre, plusieurs kiosques représentant les signes gériatriques « **AINÉES** » ont été exposés afin de promouvoir la transmission des savoirs dans le cadre des activités annuelles de l'AAPA. Ces kiosques avaient comme objectifs de sensibiliser et d'informer les participants concernant les meilleures pratiques de soins envers les personnes âgées. Cette formule a permis de rejoindre plusieurs soignants et de ce fait, 135 participants ont pris part aux activités. Les discussions et les questions posées nous ont confirmé que l'AAPA est au cœur de leurs préoccupations. Le bilan concernant l'implantation de l'AAPA à l'IUCPQ est encourageant. À ce jour, plusieurs unités sont dans l'intégration d'une formule qui fait la promotion de la pérennité du projet. De plus, la poursuite de l'implantation de l'AAPA dans les unités de soins critiques se concrétise par l'intégration des signes « AINÉES » à l'image de leurs réalités. Il faut se rappeler que l'AAPA, c'est des petits gestes au quotidien qui font la différence et l'affaire de tous!

Pour terminer, nous remercions tout le personnel qui a collaboré à faire un succès de ces deux journées. Nous tenons aussi à remercier le comité des usagers pour son implication et sa contribution qui nous ont permis d'offrir des collations



Fany Deschamps, ergothérapeute et Mélanie Lapointe, physiothérapeute



Brigitte Hamel, travailleuse sociale et Johanne Savard, Coordonnatrice clinique



Martine Côté, infirmière conseillère ECG et Clément Bérubé, comité des usagers

et des breuvages pendant les conférences ainsi que sa participation au kiosque d'accueil.

Gagnantes des prix de participation :

Rachel Croteau (certificat 50 \$), Valérie Veilleux (livre de recettes), Jenny Dumont (courtepointe), Sonia Racine (certificat 50 \$), Martine Poulin et Brigitte Dutil (certificat 20 \$), Myriam Charest et Sylvie Boilard (certificat 25 \$) et Nancy Huard (certificat 50 \$)

Nous remercions les commanditaires : SAAQ, Abbott Nutrition, Groupe Germain, La Plaza de l'Uniforme (Plaza Laval), St-Germain Resto Bar et VISA.

Le comité de coordination de l'AAPA

HOMMAGE AUX BÉNÉVOLES

L'Association des bénévoles regroupe près de 100 bénévoles qui, tous les jours, œuvrent auprès des usagers et de leurs proches. Le 14 octobre dernier, la direction de l'Institut a convié ses bénévoles à l'édition 2015 de la soirée *Hommage aux bénévoles*. Cette activité permet à la direction, au conseil d'administration ainsi qu'au personnel hospitalier de signifier à tous les bénévoles la gratitude ressentie envers le travail qu'ils ont accompli au cours de la dernière année.



Dès leur entrée dans l'auditorium, les bénévoles ont été accueillis par la chorale leur rendant hommage en chansons. Tous les chants avaient été choisis en lien avec le travail effectué par les bénévoles. Par la suite, monsieur Denis Bouchard, président-directeur général de l'Institut, madame Isabel Roussin-Collin, directrice des programmes et madame Josée Giguère, directrice générale de la Fondation, ont rendu un vibrant hommage aux bénévoles. Tour à tour, ils ont souligné l'importance du rôle que jouent les bénévoles au sein de notre organisation.

À la suite de ces allocutions, deux équipes de bénévoles et de gestionnaires ont participé au jeu questionnaire télévisé inspiré de « *La guerre des clans* ». Comme à chaque année, des épinglettes de *Mérite bénévole* ont été remises aux personnes ayant accompli 5, 10, 15, 20 et 30 ans de bénévolat dans notre établissement et une mention spéciale a été adressée à monsieur Michel Germain pour ses 31 ans! Le prix *Charlotte-Martin-Métivier* a été remis à madame Charlotte Boulay. Les bénévoles qui ont quitté l'Association en cours d'année ont reçu un certificat de remerciement. Par la suite, tous ont été invités au buffet préparé par le personnel du Service des activités d'alimentation et le dessert a été gracieusement offert par la Fondation.



M. Denis Bouchard, président-directeur général de l'Institut s'adressant aux bénévoles



5 ans de bénévolat : Jean-Claude Chouinard, Alyne Pelletier



10 ans de bénévolat : Monique Carrier, Louise Landry, Marie-A. Daigle, Jean-Louis Turcotte



10 ans de bénévolat : Denise Carré



15 ans de bénévolat : Roland Lyonnais



20 ans de bénévolat : Gérard Bédard



30 ans de bénévolat : Gabrielle Duval



Mention spéciale 31 ans de bénévolat : Michel Germain



Madame Charlotte Boulay, récipiendaire du prix Charlotte-Martin-Métivier



Bénévoles qui ont quitté l'Association en cours d'année : Malvine Zerounian (16 ans), Thérèse Landry (39 ans)

Un sincère merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, se sont impliquées à la réalisation de cet évènement.

Le comité organisateur était formé de : Jacques Cadorette, Francine Careau, Joël Clément, Renée Dancause, Brigitte Dionne, Amélie Laroche, Carole Lavoie, Hélène Lizotte, Nicole Morin, Myriam Pelchat, Nathalie Poulin, Marie-Christine Rainville-Lajoie, Stéphanie Roy et Claudine Turcotte.

*Pour le comité organisateur,
Renée Dancause
Agente administrative*

REMISE DE SUBVENTIONS EN PNEUMOLOGIE ET EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Les 17 et 18 novembre dernier, l'Institut a tenu deux activités internes dans le cadre de la remise de subventions de 250 000 \$ au Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique et de 85 000 \$ au Fonds dédié en électrophysiologie, accordées par Boehringer Ingelheim (Canada) Itée.



D^r Simon Martel, IUCPQ-UL, pneumologue et chef du Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique; M. Francis Cadorette, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directeur régional des programmes de soins de santé; D^r James Gamble, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, affaires médicales-pneumologie; M. Eric Laflamme, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directeur marketing respiratoire; M. Denis Bouchard, IUCPQ-UL, président-directeur général; M. Richard Mole, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, président-directeur général; D^r Louis-Philippe Boulet, IUCPQ-UL, pneumologue; D^{re} Jasmina Mioc, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directrice des affaires médicales; Mme Ève Blanchet, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, gérante des programmes de soins de santé; D^r François Maltais, IUCPQ-UL, pneumologue et chef du Service de pneumologie



M. Francis Cadorette, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directeur régional des programmes de soins de santé; D^r François Philippon, IUCPQ-UL, cardiologue-électrophysiologiste; D^{re} Jasmina Mioc, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directrice des affaires médicales; D^{re} Isabelle Nault, IUCPQ-UL, cardiologue-électrophysiologiste; D^r Jean-François Sarrazin, IUCPQ-UL, cardiologue-électrophysiologiste; M. Richard Mole, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, président-directeur général; D^r Jean Champagne, IUCPQ-UL, cardiologue-électrophysiologiste et chef du Service d'électrophysiologie; Mme Ève Blanchet, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, gérante des programmes de soins de santé; Mme Sylvie Trudeau, Boehringer Ingelheim (Canada) Itée, directrice régionale des ventes; M. Denis Bouchard, IUCPQ-UL, président-directeur général

RÉCENTES NOMINATIONS

NOMINATIONS DU PERSONNEL
D'ENCADREMENT DEPUIS LE
2 OCTOBRE 2015

Rubrique de la Direction des
ressources humaines (DRH)
en date du 11 décembre 2015



Nathalie Roussin

Conseillère en gestion
des ressources
humaines

Direction des
ressources humaines

Entrée en fonction
le 9 novembre 2015



Patrice Tremblay

Coordonnateur
d'activités
d'établissement

Direction des
programmes

Entré en fonction
le 17 août 2015



Anne-Marie Goulet

Conseillère cadre en
activités cliniques

Direction des soins
infirmiers

Entrée en fonction
le 19 octobre 2015



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

DÉCOUVRIR, POUR PRÉVENIR, POUR GUÉRIR

LA RECHERCHE À L'INSTITUT

Voici un condensé des nouvelles qui touchent notre centre de recherche. Pour partager une nouvelle, communiquez avec : Catherine Nazair, Communications et relations publiques, poste 4962 ou iucpq@sss.gouv.qc.ca

LE D^R ANDRÉ MARETTE, PREMIER QUÉBÉCOIS AU POSTE D'ÉDITEUR EN CHEF DE LA REVUE *AMERICAN JOURNAL OF PHYSIOLOGY – ENDOCRINOLOGY AND METABOLISM*

Le D^r André Marette vient d'être nommé à titre d'éditeur en chef de la revue *American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism*. Il devient ainsi le premier Québécois à obtenir cette prestigieuse nomination.



Publiée par la *American Physiological Society* depuis 1887, cette revue scientifique de haut niveau est reconnue internationalement pour la qualité de ses articles dans le domaine de la physiologie. La revue reçoit annuellement environ 1000 soumissions d'articles. L'équipe éditoriale compte aujourd'hui près de 100 experts réputés dans leurs domaines en plus des évaluateurs externes.

Depuis plus de 20 ans, les travaux de recherche du D^r Marette sont axés sur les causes du diabète telles que l'obésité, l'alimentation et l'hérédité. Ses projets de recherche visent à trouver de nouvelles approches thérapeutiques pour freiner le développement des maladies chroniques sociétales. Il est également titulaire de la Chaire de recherche sur la pathogénèse de résistance à l'insuline et des maladies cardiovasculaires. Dans le cadre de son mandat, le D^r Marette pourra mettre à profit son expertise, notamment en nutrition, et continuer à développer cet important domaine de recherche.

La Direction de la recherche universitaire souhaite féliciter chaleureusement le D^r Marette pour cette nomination.

CAHIER SPÉCIAL – 60^E ANNIVERSAIRE DU CENTRE DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

Le Centre de recherche de l'Institut a produit un cahier spécial soulignant son 60^e anniversaire, distribué le 28 novembre dernier auprès de l'ensemble de la population québécoise. Notre centre de recherche s'est associé au Journal de Québec et au Journal de Montréal pour la production et la distribution de ce cahier. Entièrement en couleur, il a mis en valeur les principales avancées scientifiques qui ont permis d'améliorer les soins à la population et auxquelles nos chercheurs ont contribué, les forces et les particularités de nos équipes de recherche et leur expertise, nos axes et thématiques de recherche ainsi que nos infrastructures de pointe.

Le cahier a été réalisé grâce à la contribution financière de nos partenaires démontrant leur appui à la réalisation de notre mission, soit celle de *découvrir, pour prévenir et pour guérir, par la création, la transmission et l'utilisation des connaissances au bénéfice de la population et des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, respiratoires et reliées à l'obésité.*

Pour consulter le cahier spécial, visitez le IUCPQ.qc.ca/cahier-special60.





UN CHERCHEUR DE L'INSTITUT PRÉSENTE AUPRÈS DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE UNE ÉTUDE D'ENVERGURE QUI DÉMONTRE UNE DIMINUTION DE L'OCCURRENCE ET DE L'INTENSITÉ DES MIGRAINES AVEC LE CLOPIDOGREL CHEZ DES PATIENTS AUX PRISES AVEC UNE CARDIOPATHIE CONGÉNITALE



Lors du congrès annuel de l'*American Heart Association*, le Dr Josep Rodés-Cabau, cardiologue hémodynamicien, chercheur au Centre de recherche de l'Institut et professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, a présenté les résultats d'une importante étude sur l'efficacité du clopidogrel dans le traitement des migraines pour les patients ayant subi une fermeture par cathétérisme cardiaque de la communication interauriculaire (CIA), récemment publiée dans le très prestigieux *Journal of the American Medical Association*.

Cette étude prospective multicentrique canadienne randomisée à double insu a permis de confirmer que la prise de clopidogrel (un médicament antiplaquettaire) suite à une fermeture par cathétérisme cardiaque de la CIA est associée à une réduction significative de l'occurrence et du nombre de migraines dans les trois mois suivant la procédure. Chez les patients aux prises avec des crises migraineuses, la double thérapie antiplaquettaire (clopidogrel + aspirine) permet ainsi de réduire la sévérité des épisodes migraineux.

Accueillis favorablement par la communauté médicale lors de ce congrès, ces résultats de recherche prometteurs ont des répercussions cliniques importantes et permettent de mieux cerner les mécanismes de la migraine chez ce groupe de patients. D'autres études seront nécessaires pour préciser le caractère généralisable et durable de cet effet.

Outre Josep Rodés-Cabau, les signataires de cette étude sont Eric Horlick, Reda Ibrahim, Asim N. Cheema, Marino Labinaz, Najaf Nadeem, Mark Osten, Mélanie Côté, Josep Ramon Marsal, Donald Rivest, Alier Marrero et Christine Houde.

LA RECHERCHE EN CHIFFRES¹

815 personnes œuvrant en recherche

147 chercheurs cliniciens et fondamentaux

405 étudiants et stagiaires postdoctoraux

471 articles scientifiques

64 brevets pour onze technologies

504 projets actifs en recherche clinique

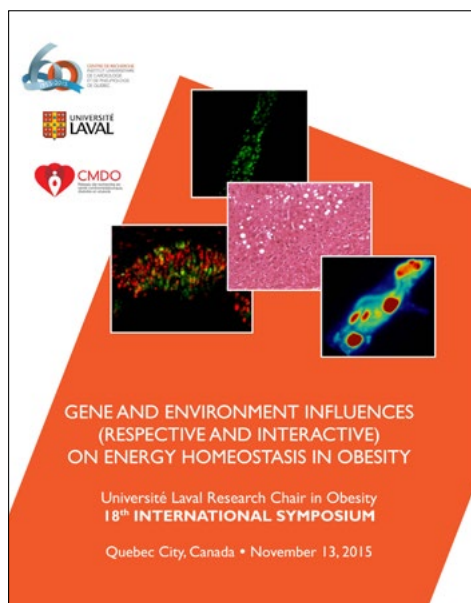
12 chaires de recherche

17 000 m² d'espaces dédiés à la recherche

28 M\$ de financement annuel

Pour consulter le rapport annuel 2014-2015 du Centre de recherche, visitez le IUCPQ.qc.ca/recherche/rapport-annuel.

¹ Données 2014-2015



18^e SYMPOSIUM INTERNATIONAL ANNUEL DE LA CHAIRE DE RECHERCHE SUR L'OBÉSITÉ

Le 13 novembre dernier s'est tenue à Québec le Symposium international annuel de la Chaire de recherche sur l'obésité. Cette 18^e édition a connu une année record de participation avec la présence de plus de 100 chercheurs, professionnels et étudiants. Le thème de cette année portait sur l'influence de la génétique et de l'environnement sur l'homéostasie énergétique. À cette occasion, des chercheurs de renommée internationale provenant d'Amérique du Nord et d'Europe sont venus présenter leurs nouvelles avancées dans ce domaine, soit D^{rs} Barry Levin (*Rutgers-New Jersey Medical School*), Ruth Loos (*The Icahn School of Medicine at Mount Sinai*), Simon E. Nitter Dankel (*University of Bergen and Haukeland University Hospital*), Suzan E. Ozanne (*University of Cambridge*), Helen E. Raybould (*University of California*), John-Olov Jansson (*University of Gothenburg*), Sophie Layé (*Université de Bordeaux*) et Sébastien Bouret (*Childrens Hospital of Los Angeles and University of Southern California*).



UN CHERCHEUR DE L'INSTITUT DÉMONTRE QUE LA PRÉSENCE D'ENDOTOXÉMIE, COMBINÉE OU NON À L'HYPOXIE, AFFAIBLIT LA CAPACITÉ DU SYSTÈME NERVEUX SYMPATHIQUE À DIMINUER LE DIAMÈTRE DES VAISSEaux SANGUINS



Le D^r Patrice Brassard, chercheur au Centre de recherche de l'Institut et professeur agrégé au Département de kinésiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval, vient de publier une étude dans la revue *Critical Care Medicine*, qui montre que la présence d'endotoxémie, combinée ou non à l'hypoxie, amoindrit la capacité du système nerveux sympathique à diminuer le diamètre des vaisseaux sanguins.



Il s'agit de la première étude à combiner un modèle expérimental in vivo d'inflammation systémique et l'hypoxie chez le volontaire sain. « La vasoconstriction, soit la diminution du diamètre des vaisseaux sanguins, induite par l'activité du système nerveux sympathique, régularise la circulation périphérique et contrôle la pression artérielle. L'objectif de cette étude était alors d'étudier si une perte apparente de la capacité du système nerveux sympathique à induire une vasoconstriction est liée à la distension des muscles lisses ou à l'endotoxémie et/ou à l'hypoxie », a indiqué le D^r Brassard, auteur principal de cette étude.

Les travaux du D^r Brassard permettent ainsi de confirmer que la présence d'endotoxémie, combinée ou non à l'hypoxie, affaiblit la capacité du système nerveux sympathique à diminuer le diamètre des vaisseaux sanguins, qui pourrait être attribuée par la présence de métabolites libérés dans le sang. Cette étude permet d'expliquer en partie pourquoi l'utilisation des médicaments vasopresseurs, qui augmentent la pression artérielle à l'aide d'une diminution du diamètre des vaisseaux sanguins, semble inefficace chez les patients hypotendus septiques en présence d'hypoxie. Ces résultats pourraient également illustrer pourquoi la pneumonie est un risque pour les patients septiques.

DÉVELOPPEMENT D'UNE APPLICATION MOBILE FACILITANT L'INTERPRÉTATION DE LA SPIROMÉTRIE

Participants au projet : D^r Louis-Philippe Boudet (Bibliothèque de la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval), Audrey Dejardin (ins et Catherine Swemmy (étudiantes au programme MD-MSc pneumologie) et D^r Mathieu Simon (pneumologue, IUCPQ)

La mesure objective de la fonction respiratoire est de première importance dans l'évaluation des maladies pulmonaires obstructives. Cependant, l'interprétation de ces tests est encore considérée sous-optimale en soins de première ligne. Une équipe de l'IUCPQ a développé une application interactive destinée aux professionnels de la santé, facilitant l'interprétation des tests de spirométrie. L'application permet :

- une meilleure interprétation de la spirométrie;
- de faciliter le travail des professionnels de la santé;
- un meilleur suivi des patients MPOC;
- la formation continue par du matériel pédagogique spécifique et pertinent, incluant des capsules présentées en baladodiffusion.

UNE BELLE INNOVATION SIGNÉE IUCPQ!

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




INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

ENTREPRISE
en santé
CERTIFIÉE PAR LE BRINQ

DÉCOUVERTE MONDIALE
PAR UNE ÉQUIPE EN PNEUMOLOGIE DU CRIUCPQ



De gauche à droite : Marc Velette MSc, Professionnel de recherche, D^r Laetitia Bonfatti, PH.D, étudiante post-doctorale, D^r Caroline Duchaine, PH.D, chercheuse, directrice du laboratoire, D^r Nathalie Turgeon, PH.D, professionnelle de recherche

Des chercheurs en pneumologie du Centre de recherche deviennent les premiers au monde à mesurer la présence du virus de la gastroentérite dans l'air. L'équipe du CRIUCPQ est une des seules à posséder l'expertise et les équipements à la fine pointe de la technologie pour y arriver.

Une découverte qui ouvre la voie à une meilleure compréhension de la transmission de ce virus.

Félicitations à toute l'équipe!

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





INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

ENTREPRISE
en santé
CERTIFIÉE PAR LE BRINQ

PRIX ET DISTINCTIONS



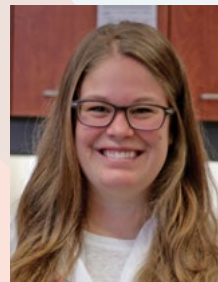
D^r Jean-Pierre Després
Prix **DISTINCTION SANTÉ DURABLE** de l'Association pour la santé publique du Québec



D^{re} Laetitia Bonifait
(D^{re} **Caroline Duchaine**)
MEILLEURE PRÉSENTATION ORALE, catégorie postdoctorat, au Congrès québécois en santé respiratoire 2015



D^r Paul Poirier
Prix **PROFESSION SANTÉ** dans la catégorie Partage des connaissances – Médecins



Ariane Lechasseur
(D^r **Mathieu Morissette**)
MEILLEURE AFFICHE, catégorie maîtrise, au Congrès québécois en santé respiratoire 2015



Emilie Bernatchez
(D^{re} **Marie-Renée Blanchet**)
MEILLEURE PRÉSENTATION ORALE, catégorie doctorat, au Congrès québécois en santé respiratoire 2015



Lionel Tastet
(D^r **Philippe Pibarot**)
Prix **RECHERCHE CLINIQUE** de la Société des sciences vasculaires du Québec



Jean-Christophe Bérubé
(D^{rs} **Yohan Bossé** et **Michel Laviolette**)
BOURSE DE DOCTORAT du Département de médecine moléculaire de l'Université Laval

Jade Faucher
(D^r **Steeve Charette**)
MEILLEURE AFFICHE, catégorie maîtrise, au Congrès québécois en santé respiratoire 2015

PERSONNES RECHERCHÉES POUR ÉTUDE CLINIQUE

AVEC PLUS DE **500 ÉTUDES CLINIQUES** ACTUELLEMENT EN COURS, LE CENTRE DE RECHERCHE EST TOUJOURS À L'AFFÛT DE PERSONNES INTÉRESSÉES À Y PARTICIPER. VOUS POUVEZ ÉGALEMENT VOUS ABONNER À LA LISTE DE DIFFUSION AFIN D'ÊTRE INFORMÉS PAR COURRIEL DES NOUVEAUX PROJETS DE RECHERCHE.

RENSEIGNEZ-VOUS AU IUCPQ.QC.CA/RECHERCHE/RECHERCHE-CLINIQUE.

*Catherine Nazair, M.A. Affaires publiques
Communications et relations publiques*



M^{me} Nathalie Thibault,
directrice des soins
infirmiers

MOT DE LA DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS

Au nom de toute l'équipe de la Direction des soins infirmiers, j'aimerais vous souhaiter, en ce début d'année 2016, nos vœux chaleureux de bonheur, de santé et de prospérité. En espérant que la période des fêtes vous a permis de vous reposer et de passer de beaux moments avec votre famille et vos proches.

L'année 2015 étant déjà derrière nous, je vous fais part d'un court bilan des réalisations de la DSI. Tout d'abord, l'année a été sous le signe de la révision ainsi que de l'harmonisation de nos processus et des outils cliniques, soit :

- la révision et l'approbation, au conseil d'administration, de 22 règles d'utilisation des médicaments et de quatre règles de soins médicaux. Cela permet aux infirmières praticiennes spécialisées du programme de santé cardiovasculaire d'exercer pleinement leur rôle;
- l'harmonisation des pratiques entre les trois soins critiques, notamment en ce qui a trait aux outils d'évaluation du délirium, du critical care pain observation tool (CPOT);
- la révision de la feuille de surveillance intensive, l'arrêt de la retranscription des résultats de laboratoire et autres travaux en cours;
- le développement du programme de mentorat du CEVQ avec six infirmières de l'Institut;
- la révision du programme d'orientation et de jumelage des CEPI;
- la révision du guide des ordonnances collectives;
- le développement d'un programme d'orientation organisationnelle pour les enseignants ainsi qu'un programme d'orientation spécifique pour les étudiants en soins infirmiers;
- le déploiement d'un projet de recherche dans les trois soins critiques en collaboration avec la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval sur le « nursing activities score ». Il permet d'estimer le pourcentage de temps infirmier consacré aux interventions infirmières auprès d'un patient hospitalisé à l'USI au cours d'une période de 24 h;
- l'audit annuel sur l'hygiène des mains selon les normes de l'OMS;
- la consolidation des nouveaux programmes de surveillance associée aux complications infectieuses liées à la ventilation mécanique et aux infections urinaires sur cathéter urinaire;

- enfin, je ne peux passer sous silence le travail et les efforts associés à la réussite de la réorganisation des lits.

Ce ne sont que quelques exemples de dossiers cliniques qui ont été réalisés durant l'année. À cela s'ajoute le travail en continu pour l'atteinte des POR et des normes d'Agrément Canada.

En terminant, nous sommes conscients de tous les efforts et de l'énergie que vous déployez au quotidien afin d'assurer des soins et des services de qualité et sécuritaires à nos usagers.

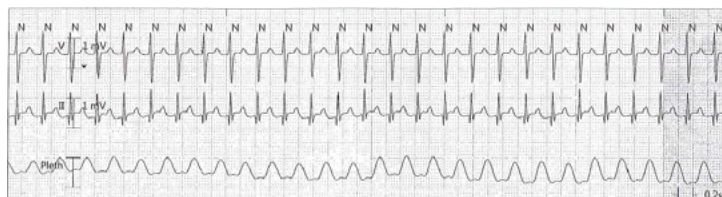
C'est toujours un plaisir d'échanger avec vous et je demeure disponible pour vous.

Nathalie Thibault
Directrice des soins infirmiers

BANDE DE RYTHME

Vous retrouverez dans les prochains bulletins, une bande de rythme à analyser. Si vous avez l'intérêt et la curiosité, vous êtes invité à échanger avec vos collègues sur l'interprétation que vous en faites.

À quel type d'arythmie correspondent ces bandes de rythme?



Vous trouverez la réponse à la fin de la section de la DSI.

AUDIT ET TAUX D'HYGIÈNE DES MAINS : POURQUOI PARLER D'HYGIÈNE DES MAINS (HDM)?

Tout simplement parce que c'est le moyen le plus efficace d'enrayer la propagation des infections! Le Dr Didier Pitet (2004) a remarqué une diminution de près de 40 % des infections nosocomiales sur une période de cinq ans associée à une augmentation de l'observance à l'HDM de 18 %.

C'est pourquoi l'IUCPQ-UL s'est jointe, en 2007, à la campagne canadienne de l'hygiène des mains en adoptant une stratégie multimodale incluant, entre autres, la promotion, la rétroaction continue et l'optimisation de l'utilisation de solution hydroalcoolique (SHA).

En 2010-2011, des audits annuels ont débuté afin d'évaluer l'observance à l'HDM selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Des audits

sont donc réalisés en mai de chaque année à l'Institut. Près de 200 opportunités par unité de soins sont évaluées pour un total de 2 559 observations. Ces dernières sont réparties sur les trois quarts de travail et elles évaluent l'ensemble des intervenants. Pour chaque observation, l'auditrice détermine d'abord laquelle ou lesquelles des quatre indications de l'HDM sont présentes et elle note si elles sont réalisées ou non.



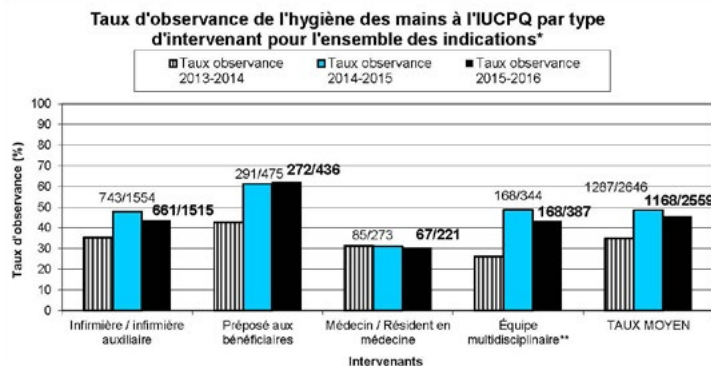
En guise de rappel, les quatre moments de l'HDM comme recommandé par l'OMS sont :

1. Avant de toucher l'utilisateur ou son environnement;
2. Avant une intervention aseptique;
3. Après un risque de contact avec du liquide organique;
4. Après un contact avec l'utilisateur ou son environnement.

Il est primordial de spécifier que si l'auditrice ne peut visualiser la séquence de soins en entier, celle-ci n'est pas comptabilisée.

Les résultats de l'année 2015-2016

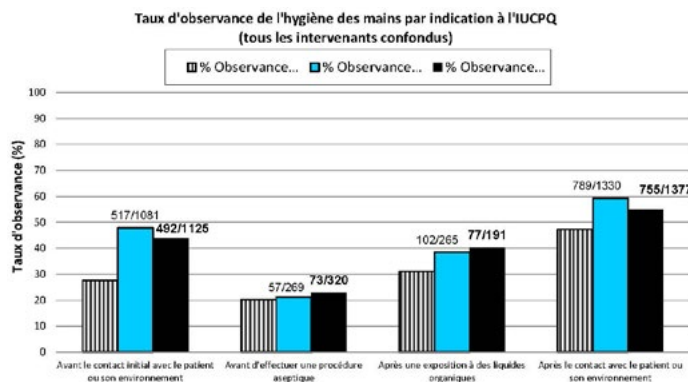
Les résultats des trois dernières années financières sont présentés sous la forme de graphiques. Les taux d'observance y sont divisés selon le type d'intervenants ainsi que selon les quatre moments de l'HDM.



Pour l'année 2015-2016, le taux d'observance à l'Institut se situe à 46 %. Comparativement à l'année précédente, il s'agit là d'une diminution de 3 %. Il est important de souligner que cette diminution est observée chez l'ensemble des intervenants évalués au cours des audits de mai dernier.

Et maintenant, que fait-on?

Chaque année, à la lumière des taux obtenus, l'équipe de PCI met en œuvre un plan d'action pour l'HDM. Pour l'année à venir, deux priorités des années précédentes ont été conservées, soit l'augmentation de l'HDM au moment n° 1 ainsi qu'avant et après le port des gants.



Pour ce faire, les moyens préconisés sont la mise en place de groupes de travail multidisciplinaires ou des mécanismes de rétroaction continus sur les unités de soins. Il est primordial de noter que les activités sont ciblées par le personnel et adaptées à leur réalité. L'objectif à atteindre pour les trois prochaines années est d'augmenter le taux d'observance de 46 % à 62 %. Toutefois, il est important de souligner que nous visons une cible de 92 %.

Alexandre Godbout, inf. B. Sc
 Olivier Bouffard-Chabot, infirmier clinicien
 Conseillers en prévention et contrôle des infections

OPTIMISATION DES PROCESSUS LIÉS AUX STAGES EN SOINS INFIRMIERS

Un projet subventionné par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sur l'optimisation des processus liés aux stages en soins infirmiers a débuté en mai 2014. La première phase du projet consistait à réaliser une collecte de données afin d'établir le portrait actuel des stages en soins infirmiers, à mettre en place des indicateurs de suivi et à élaborer un programme d'accueil organisationnel pour les stagiaires de toutes les disciplines et un programme d'orientation pour les enseignants en soins infirmiers. De plus, des outils ont été développés afin de répondre aux besoins de nos collaborateurs des établissements d'enseignement et de santé.

La deuxième phase du projet consiste à développer des mesures de reconnaissance ainsi qu'à offrir du soutien aux superviseurs cliniques. Une vidéo d'accueil organisationnel est maintenant disponible sur le site Internet de l'IUCPQ-UL et elle est visionnée par des stagiaires de plusieurs disciplines. Jusqu'à maintenant, 22 enseignants provenant de différents établissements d'enseignement ont profité du programme d'accueil qui inclut entre autres une vidéo, une formation en ligne sur la préparation au stage, une description spécifique de chaque unité de soins ainsi que des listes de vérification, le tout étant disponible sur l'intranet de l'Institut. Afin de faciliter leur accueil, les enseignants sont ensuite accompagnés d'une conseillère et présentés aux équipes. Aussi, un programme de jumelage a été optimisé pour les enseignants n'ayant jamais travaillé à l'Institut.

De plus, des mesures d'encouragement sont mises en place, notamment l'accessibilité à des formations accréditées et à des documents de référence sur la supervision clinique par le biais de l'intranet. Une conseillère en soins infirmiers est également disponible, au besoin. Veuillez noter que de nouvelles mesures de reconnaissance seront détaillées dans un prochain article.

En terminant, nous tenons à remercier tous les superviseurs de stages pour leur implication à la réalisation de la mission « enseignement ».

Maryse Carpentier, Inf, B. Sc.
Conseillère en soins infirmiers –
Volet optimisation et gestion des stages

CHRONIQUE SOIN DES PLAIES : LES DÉCHIRURES CUTANÉES

Les déchirures cutanées font partie des problématiques fréquemment rencontrées dans nos milieux de soins. Elles sont le résultat d'un traumatisme à la peau consistant en une séparation du derme et de l'épiderme, principalement causée par la friction, le cisaillement ou un objet contondant (Leblanc & Baranoski, 2014). Chez l'adulte, les changements de la peau liés au processus de vieillissement rendent les personnes âgées particulièrement vulnérables à développer ce type de plaies.

Principaux changements de la peau liés au processus de vieillissement

- Diminution de 20 % de l'épaisseur du derme (expose les proéminences osseuses).
- Atrophie des tissus sous-cutanés (la peau devient comme du papier de soie).
- Diminution jusqu'à 50 % de la surface d'ancrage par l'aplatissement des crêtes et des sillons entre le derme et l'épiderme (diminution de la résistance de la peau).
- Fragilité des capillaires dans la région de la membrane basale causant des hémorragies sous-cutanées (purpura sénile).
- Perte de l'acuité des récepteurs sensoriels (risque de se blesser ou de se brûler).
- Déduction de la division cellulaire, de la synthèse du collagène et de l'élastine (peau se ride et semble transparente).

Près de 1,5 million de déchirures cutanées surviennent chaque année aux États-Unis chez les adultes dans les établissements de soins de santé. Celles-ci sont liées à l'usage de fauteuils roulants (25 %), au heurt accidentel d'objets (25 %), aux transferts (18 %) et aux chutes (12,4 %). Plus de 80 % des déchirures cutanées se situent sur les bras et sur les avant-bras et elles sont plus susceptibles de survenir durant les heures de fortes activités, c'est-à-dire entre 6 h

et 11 h et entre 15 h et 21 h (Leblanc, Christensen, Orsted & Kesat, 2008). L'état de santé, les déficits cognitifs, sensoriels, visuels et nutritionnels, de même que l'altération de la mobilité et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne augmentent considérablement le risque. Mais comment pouvons-nous prévenir les déchirures cutanées chez notre clientèle âgée?

Le meilleur traitement des déchirures cutanées demeure leur prévention et toutes les personnes qui œuvrent auprès de la clientèle sont concernées. Voici quelques interventions qui peuvent contribuer significativement à prévenir et à réduire leur incidence :

1. Optimiser la nutrition et l'hydratation
2. Assurer un environnement sécuritaire
 - Éclairage adéquat
 - **Désencombrer l'environnement!**
 - Vêtements adaptés (manches longues, grandeur adéquate)
 - Méthodes de transfert adéquates
 - Matériel et équipement utilisés pour les soins
3. Maintenir l'intégrité de la peau
 - Garder les ongles courts, attention aux bijoux
 - Savons au pH neutre et émollients, hydrater la peau
 - Éviter l'usage de diachylons/pansements à forte adhésion, les retirer doucement
 - Utiliser des barrières cutanées

Pour traiter les déchirures cutanées, les mêmes principes de traitement que pour tout autre type de plaies s'appliquent : maintenir un milieu humide, protéger la peau environnante, contrôler la charge microbienne, etc. Toutefois, il convient de rappeler que l'usage d'hydrocolloïdes, de pellicules transparentes, de sutures, d'agrafes ou de diachylons de rapprochement est à proscrire compte tenu de la fragilité tégumentaire chez les personnes âgées (Leblanc & Baranoski, 2014).

En conclusion, les déchirures cutanées peuvent être difficiles à traiter, douloureuses et à risque d'infection. Elles affectent également la qualité de vie des usagers et elles sont source de stress pour eux ainsi que pour leurs proches. À l'Institut, tous les efforts mis en place pour leur prévention dans les dernières années ont porté fruit. La sensibilisation du personnel, l'usage de barrières cutanées et les interventions mises en place pour le maintien de l'intégrité de la peau ont démontré que nous pouvons prévenir les déchirures cutanées. À cet effet, la prévalence de ce type de plaies est passée de 21 % en 2007 à 5,32 % en 2013.

Mise en garde : les déchirures cutanées peuvent être prises à tort pour des plaies de pression lorsqu'elles sont au niveau des fesses et du dos.

Johanne Houde, inf. M. Sc.

CARDIOSTIMULATEURS SANS FIL



Du premier modèle asynchrone ventriculaire implanté en Suède en 1958 jusqu'aux stimulateurs récents les plus complexes, les progrès techniques ont été constants et ils ont connu une spectaculaire accélération dans les années 80. Malgré des avantages indiscutables, la stimulation cardiaque entraîne des complications chez environ 10 % de la clientèle.

Les événements postopératoires défavorables sont autant liés à l'implantation du dispositif (pneumothorax, infection, hématome, érosion) qu'à l'installation des électrodes (perforation cardiaque, occlusion veineuse, régurgitation tricuspideenne). Comme ces électrodes sont les composantes les plus vulnérables du système, l'implantation d'un cardiostimulateur directement dans le cœur semble une solution intéressante afin de diminuer ces complications.

Deux cardiostimulateurs miniaturisés sans fil, soit Nanostim^{MD} (St.Jude Medical) et Micra^{MD} (Medtronic), implantés dans le ventricule droit par voie percutanée, font l'objet d'études cliniques dans le but d'évaluer leur sécurité et leur efficacité. Ces deux dispositifs offrent des caractéristiques similaires (stimulation VVI/VVIR, pile au lithium d'une durée approximative de dix ans, télémetrie) et s'adressent au même type de clientèle (stimulation ventriculaire simple chambre). Les populations des deux études prospectives Micra et LEADLESS sont comparables.¹



Les études démontrent que les dispositifs sans fil répondent aux objectifs d'efficacité et de sécurité. La miniaturisation des composantes technologiques marque une nouvelle ère pour la thérapie de stimulation cardiaque pouvant éliminer les problèmes inhérents à la stimulation conventionnelle sans oublier les avantages cosmétiques et techniques (implantation simplifiée). Présentement, ces dispositifs sont limités à la stimulation ventriculaire simple chambre, ce qui limite leur indication à une clientèle restreinte. Cependant, il semble que la communication entre les dispositifs sans fil (stimulateur auriculaire ou ventriculaire gauche sans fil, défibrillateur sous-cutané) ouvrira de nouvelles perspectives à cette thérapie. Néanmoins, de nouvelles données doivent être colligées quant aux performances à long terme de sécurité et de rétractibilité de ces dispositifs pour assurer que cette technologie remplace la thérapie actuelle.

Christian Godbout, Inf. MSc. CSI(C), CSIC(C)

NOUVEAUTÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LA CLIENTÈLE FIBRO-KYSTIQUE

Le journal *Infection Control & Hospital Epidemiology* de la *Society for Healthcare Epidemiology of America* (juillet 2014) a publié une mise à jour des lignes directrices de la *Cystic Fibrosis Foundation* des États-Unis en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Elles ont été préparées par un comité d'experts selon les derniers développements dans le domaine de la PCI en lien avec la fibrose kystique (FK). Elles ont aussi été approuvées par divers organismes de promotion de la PCI et le conseil consultatif des soins de santé de Fibrose kystique Canada. Ces changements sont motivés par l'arrivée de nouvelles données sur les effets indésirables associés à la transmission de certains pathogènes nuisibles pour la clientèle atteinte de FK. Il est important de mentionner que les méthodes à l'IUCPQ-UL n'avaient pas été révisées depuis le début des années 2000.

Voici les principaux changements de pratique qui seront appliqués à la suite de formations qui seront offertes au personnel à l'hiver 2016 :

- Concernant les précautions additionnelles devant être mises en place :
- Des précautions de type « Contact » sont recommandées pour toute la clientèle FK, peu importe les bactéries présentes dans leurs sécrétions.
- Des précautions de type « Contact-Gouttelettes » sont indiquées pour les cas hospitalisés ou en cours de traitements antibiotiques intraveineux à domicile (ATIVAD). De plus, elles sont recommandées pour tout patient FK en état d'exacerbation.
- Les personnes atteintes de FK seront invitées à pratiquer l'hygiène des mains, à porter un masque dès leur entrée dans l'établissement et à le conserver pendant leurs déplacements dans les différentes aires de service.
- L'identification de la clientèle est prévue dans les logiciels informatiques de l'Institut afin de faciliter la mise en place des isolements.

Ces recommandations, déjà implantées dans plusieurs établissements de santé canadiens et américains, sont bien accueillies par la clientèle FK puisqu'il s'agit de mesures protectrices. Ces dernières se basent sur des études récentes ayant démontré que les nouvelles normes de contrôle des infections en FK améliorent la sécurité des patients et diminuent le risque de transmission d'infections nosocomiales.

Afin d'emboîter le pas vers l'amélioration des pratiques, nous vous invitons à participer en grand nombre à la formation qui sera offerte à l'hiver 2016.

Ève Routhier, infirmière clinicienne
Responsable de la clinique fibrose kystique

¹ Sperzel, J., Burri, H. Gras, D. Tjong, F.Y.Y., Knops, R.E. et al. (2015). State of the art of leadless pacing. *Europace*, doi:10.1093/europace/euv096, May 2015

L'AGRÉMENT, UNE DÉMARCHE EN CONTINU

IL EST BIEN CONNU QUE L'AGRÉMENT CONTRIBUE À AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES AUX USAGERS. C'EST POUR CETTE RAISON QUE L'ÉTABLISSEMENT S'EST ENGAGÉ DANS CETTE DÉMARCHE DE MANIÈRE CONTINUE IL Y A MAINTENANT PLUS DE CINQUANTE ANS. IL EST PRIMORDIAL DE RÉALISER QUE NOTRE TRAVAIL SE FAIT QUOTIDIENNEMENT EN FONCTION DES NORMES D'AGRÉMENT. AUJOURD'HUI, SANS CETTE CERTIFICATION, NOTRE ÉTABLISSEMENT NE SERAIT PAS CE QU'IL EST MAINTENANT, UN « INSTITUT » UNIVERSITAIRE.

UNE CULTURE D'EXCELLENCE

L'agrément, c'est un exercice rigoureux visant à évaluer la qualité et la sécurité des soins et des services selon un cycle d'une durée de quatre ans. Depuis 1961, les cycles se répètent **en continu** à l'IUCPQ-UL. Cela démontre bien notre engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité, de l'atténuation des risques et de la sécurité des usagers, contribuant ainsi au développement de notre **culture d'excellence**.

UNE CERTIFICATION QUI A DES RÉPERCUSSIONS IMPORTANTES

Cette certification :

- garantit à la population que l'établissement offre des soins et des services de qualité;
- améliore notre réputation et la confiance de nos usagers, de notre personnel et de nos partenaires (ministère, maisons d'enseignement, autres établissements de santé, etc.);
- est essentielle au maintien de notre statut universitaire. En effet, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige que tous les hôpitaux d'enseignement au Canada soient accrédités par Agrément Canada;
- atteste que le personnel et les médecins utilisent des méthodes d'intervention conformes aux normes et garantit à toutes les institutions d'enseignement que les étudiants seront exposés à des pratiques reconnues répondant aux meilleurs standards de qualité;
- est également indispensable pour poursuivre nos activités de recherche.



En retour, le fait que l'Institut soit reconnu internationalement comme centre d'enseignement et de recherche de pointe engendre des retombées importantes, permettant notamment de continuer à former, à attirer et à retenir les meilleurs professionnels, de même que les meilleurs chercheurs dans le monde.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons fait de la démarche d'agrément sur base continue une **PRIORITÉ**. La prochaine étape consiste à utiliser les résultats des autoévaluations et du sondage sur la culture de sécurité. La visite d'agrément est prévue en novembre 2016 et **NOUS SOMMES DÉJÀ PRÊTS, EN CONTINU!**

AGRÉMENT 2016 : RÉSULTAT DU SONDAGE SUR LA CULTURE DE SÉCURITÉ À L'ÉGARD DES USAGERS

<p>DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE D'AGRÉMENT, L'INSTITUT RÉALISAIT, À L'AUTOMNE DERNIER, UN SONDAGE VISANT À MESURER LA PERCEPTION DU PERSONNEL RELATIVEMENT À LA SÉCURITÉ. LES RÉSULTATS SERVIRONT À TROUVER DES PISTES D'AMÉLIORATION DANS LE BUT DE POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE NOTRE CULTURE DE SÉCURITÉ.</p> <p>NOMBRE DE RÉPONDANTS : 569</p> <p>GLOBALEMENT VOUS AVEZ RÉPONDU</p> <p>Veuillez accorder une note globale à votre unité pour ce qui est de la sécurité des usagers. (81 %)</p> <p>Veuillez accorder une note globale à votre organisme pour ce qui est de la sécurité des usagers. (76 %).</p>	<p>ÉLÉMENTS À AMÉLIORER</p>	<p>ÉLÉMENTS POSITIFS Rendement remarquable, aucune amélioration recommandée</p>
	<p>Soutien organisationnel en matière de sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les décisions relatives à la sécurité des usagers sont prises par les personnes les plus qualifiées, au niveau hiérarchique approprié. • La haute direction a un tableau précis des risques associés aux soins des usagers. • La haute direction offre un climat qui favorise la sécurité des usagers. • La haute direction tient compte de la sécurité des usagers dans ses discussions sur les changements envisagés par rapport aux programmes. • Mon organisme équilibre efficacement les besoins en matière de sécurité des usagers et les besoins relatifs à la productivité. 	<p>Culture d'apprentissage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans cette unité, lorsqu'il se produit une erreur grave, nous y réfléchissons sérieusement. • Dans cette unité, lorsque survient une erreur grave, nous cherchons à savoir pourquoi elle s'est produite et comment empêcher que la même erreur se reproduise. • Dans cette unité, lorsqu'une erreur grave survient, nous l'analysons de façon approfondie. • Dans cette unité, lorsqu'il survient une erreur grave, nous réfléchissons longuement à la façon de la corriger.
	<p>Leadership des superviseurs en matière de sécurité</p>	
<p>ÉLÉMENTS À CORRIGER Défis à relever pour renforcer la culture de sécurité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On fournit habituellement de la rétroaction au personnel sur les changements mis en place à partir des rapports d'incidents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mon superviseur ou gestionnaire considère sérieusement les suggestions du personnel en ce qui a trait à l'amélioration de la sécurité des usagers.
	<p>Suivi des incidents</p>	
<p>Favoriser une communication ouverte : répercussion de l'erreur sur le travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un membre du personnel commet une erreur grave, il peut perdre son emploi. • Si je commettais une erreur grave, j'aurais peur d'avoir à faire face à des mesures disciplinaires imposées par la direction. • Si je commettais une erreur grave, cela limiterait mes perspectives de carrière ici. 	<p>Favoriser une communication ouverte : environnement exempt de jugement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si je commettais une erreur grave, mon gestionnaire penserait que je suis incompetent. • Mes collègues perdront le respect qu'ils ont à mon égard s'ils apprennent que j'ai commis une erreur grave. • Lorsque vous commettez une erreur, les autres vous font sentir que vous n'êtes pas très doué. 	<p>Culture de déclaration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes impliquées dans un incident lié à la sécurité des usagers disposent de mesures rapides et simples pour signaler ce qui s'est produit.

SONDAGE : LA SUITE

Des *focus group* seront planifiés afin de valider les perceptions et de trouver des solutions aux problèmes repérés par le sondage.

Un gros merci à tous les participants.

Carole Lavoie
Coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques

LE COMITÉ DE LA GESTION DES RISQUES CLINIQUES (CGRC), UN RÔLE MÉCONNU!

DEPUIS DÉCEMBRE 2002, TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ONT L'OBLIGATION LÉGALE DE SE Doter D'UN COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.

La composition du comité de gestion des risques cliniques (CGRC) de l'IUCPQ est la suivante :

- un directeur désigné par le PDG;
- un usager et un membre du comité des usagers;
- trois personnes nommées par et parmi les membres des conseils professionnels (CMDP, CII et CM);
- le responsable qualité des laboratoires de biologie médicale;
- la personne chargée de la sécurité transfusionnelle et de la prévention et du contrôle des infections;
- un pharmacien;
- la coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques ainsi que le conseiller à la gestion des risques et de la qualité

Le CGRC a pour mandat de développer une culture de sécurité qui favorise la déclaration des incidents et des accidents sans jugement ni blâme, de promouvoir des moyens pour assurer la sécurité des usagers en réduisant le nombre d'évènements provoquant des conséquences graves, d'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches. De plus, le CGRC travaille en collaboration avec tous les intervenants afin de réduire la récurrence des évènements.

Concrètement, le CGRC :

- émet des recommandations à la suite d'évènements sentinelles;
- publie trois rapports trimestriels et un rapport annuel dans lesquels il brosse un état de situation des principaux évènements déclarés et des mesures mises en œuvre pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des usagers;
- collabore avec les comités en lien avec les chutes, les contentions, les non-conformités de laboratoires et les erreurs médicamenteuses;
- participe à des activités de promotion dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients et élabore des documents destinés aux usagers les invitant à prendre part à leurs soins et à signaler les situations à risque pour leur sécurité.

Le CGRC rend compte de ses travaux au comité de direction, au conseil d'administration et au comité de vigilance et de la qualité.

Guy Rossignol

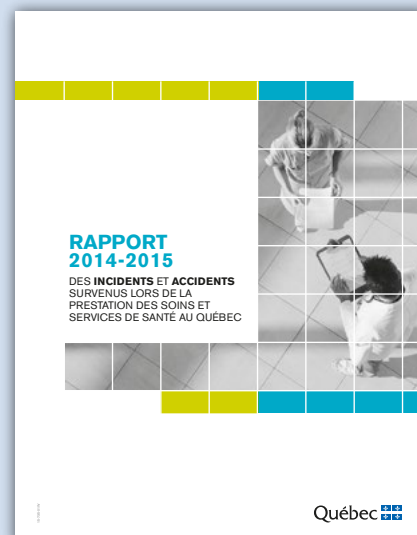
Conseiller à la gestion des risques et de la qualité

PUBLICATION DU RAPPORT DU MSSS

En décembre 2015, le MSSS a mis en ligne le « Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé au Québec ». Il contient des données dénominalisées de l'ensemble des 266 établissements de santé du Québec, dont celles de l'IUCPQ-UL.

L'Institut encourage la déclaration des incidents et des accidents au sein de l'établissement. Ces déclarations sont le reflet de l'engagement du personnel et des médecins à améliorer de façon continue la sécurité des soins et des services.

Vous avez accès au rapport à l'adresse Internet suivante :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-735-01W.pdf>



LE LEAN, UNE EXPÉRIENCE À PARTAGER

Peu de gens savent que des médicaments administrés par voie intraveineuse sont produits ici même à l'Institut. Effectivement, la pharmacie possède une petite usine *high-tech* nommée le SCAS, « service centralisé d'addition aux solutés ». En fonction à l'IUCPQ-UL depuis 2003, le SCAS est une unité où se préparent les médicaments tels que les antibiotiques et l'alimentation intraveineuse de façon stérile.

L'environnement dans lequel ces produits sont préparés, la formation du personnel et les procédures garantissant le contrôle de la qualité permettent d'assurer la sécurité et la qualité des médicaments en éliminant tout risque de contamination lors de leur préparation. Le SCAS est opéré par une équipe ultraperfectionnée d'assistants techniques en pharmacie (ATP).

Au cours des dernières années, le SCAS a vécu plusieurs changements augmentant la charge de travail et le niveau de responsabilité des ATP. Par exemple, des activités antérieurement sous la responsabilité des pharmaciens ont été déléguées aux ATP. Les normes en lien avec les préparations stériles sont également de plus en plus strictes. Le travail au SCAS est excessivement important, car la moindre inadvertance pourrait porter atteinte au patient. Il était donc nécessaire d'éliminer les irritants et de revoir les procédures dans ce secteur.

Un projet *Lean* a été lancé au printemps dernier. Les objectifs étaient de donner de la capacité résiduelle au secteur, de stabiliser l'équipe de travail, d'améliorer le climat de travail et de respecter les délais des clients. L'équipe a donc entrepris de revoir l'organisation du travail, de la réception de la prescription à la livraison de la préparation dans les unités.

Les ATP et les gestionnaires du SCAS ont reçu une formation sur la méthodologie *Lean* et sur la gestion du changement. À la suite d'un kaizen de trois jours, l'équipe a mis en place des solutions concrètes basées sur la méthodologie *Lean*. Voici quelques exemples :

KANBAN¹ POUR OPTIMISER LES INVENTAIRES



PRODUCTION EN GRANDE QUANTITÉ POUR ÊTRE ENSUITE CONGELÉE.



PRÉPARATION DE PLUS PETITS LOTS FRAIS EN FONCTION DE LA DEMANDE.

¹ Système visuel permettant de signaler le déclenchement d'une action. Dans le cas du SCAS, il déclenche la production de produits selon ce qui a été distribué dans les unités de soins.

5S² POUR LE RÉAMÉNAGEMENT DES LOCAUX



AVANT

ENVIRONNEMENT ENCOMBRÉ ET BRUYANT.



APRÈS

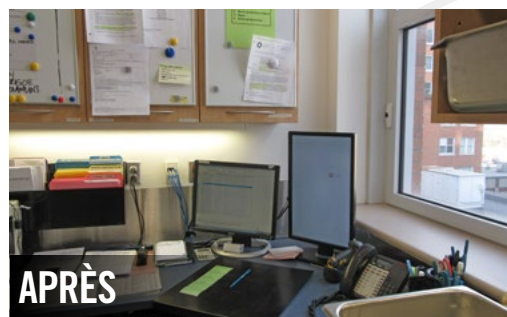
ESPACE PLUS AGRÉABLE POUR TRAVAILLER.

En retirant le congélateur de l'espace de soutien, le bruit a considérablement diminué. L'espace ainsi libéré par le congélateur a permis de mettre en place un processus de travail en flux tiré plus visuel pour la cellule de travail. La place de chacun des items nécessaires au SCAS a aussi été revue.



AVANT

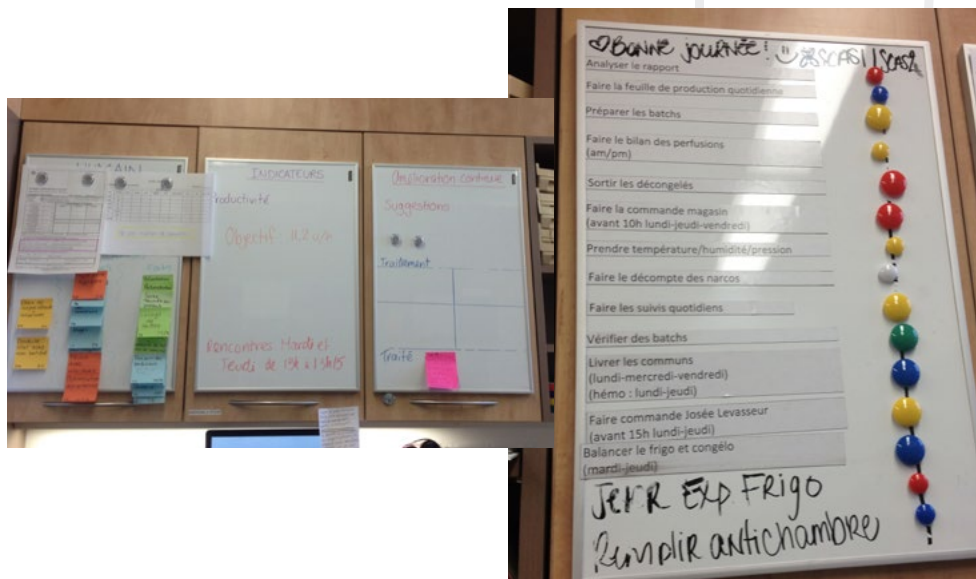
LES IMPRIMANTES PRENNENT BEAUCOUP DE PLACE ET NUISENT À L'OPTIMISATION DE L'ESPACE.



APRÈS

Le bureau en coin permet de mieux utiliser l'espace et rend la pièce plus lumineuse. La centralisation des imprimantes entre les deux postes de soutien favorise le travail d'équipe et le balancement naturel des tâches.

STANDARDISATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL³



Parmi les moyens mis en place pour standardiser le travail, l'équipe du SCAS a instauré la tenue d'un caucus d'une durée de quinze minutes, deux fois par semaine, à la station visuelle. C'est une occasion d'échange et une façon de trouver des solutions en équipe. La station visuelle permet à tous de connaître les tâches à accomplir dans la journée et celles qui sont réalisées.

² Concept qui a pour objectifs d'éliminer les gaspillages dans l'environnement de travail, de rendre les processus visuels et de réduire de façon significative les gaspillages de mouvements et de déplacements.

³ Standardisation des tâches : uniformiser les façons de faire afin d'obtenir des résultats constants et de faciliter le transfert des connaissances. La standardisation tire profit de la communication visuelle. Elle diminue le stress des employés et augmente leur flexibilité.

TÉMOIGNAGES



« Avant le *Lean*, j'avais l'impression qu'au SCAS, on avait tout essayé, qu'on avait déjà fait le maximum. Je ne voyais pas comment on pourrait changer vraiment les choses. Nous étions toujours en train d'éteindre des feux. Le projet *Lean* a été un temps d'arrêt pour réfléchir, trouver des solutions adaptées à la réalité des ATP. Dès le départ et rapidement, nous avons mis en place des changements visibles (déplacer le congélateur, baisser les communs, changer les recettes pour que les ATP soient autonomes rapidement). L'équipe a donc vu des changements concrets, rapidement. Nous allions tenir nos promesses. Désormais, la culture *Lean* est intégrée au SCAS. L'équipe se rappelle à l'ordre quand une solution « non *Lean* » est proposée. J'ai confiance que les énergies qu'on a investies dans ce projet vont porter fruit et que les changements sont là pour rester. » – Audrey Vachon, *pharmacienne, coordonnatrice des préparations stériles*



« Pour être honnête, j'envisageais mal le projet. Je ne voyais pas comment on pourrait faire les changements et je doutais que nos solutions soient vraiment entendues. Maintenant que le projet est terminé, je ne retournerais pas en arrière. Je suis très contente. Mes collègues et moi sommes enthousiastes face au prochain projet. Nous savons maintenant que les changements proposés vont être écoutés. » – Marie-Pierre Bergeron, *chef d'équipe et assistante technique en pharmacie senior*



« Lors de l'implantation du projet *Lean*, j'étais en congé. Lors de mon retour, j'ai tout de suite vu le changement. Ce projet aura définitivement permis d'améliorer les choses. Avant, on sentait la fatigue, la pression. On avait l'impression qu'on n'y arriverait pas. Aujourd'hui, c'est très différent. J'ai dû m'adapter à cette nouvelle façon de faire, mais mes collègues voient le *Lean* tellement positivement qu'elles m'ont contaminée. Le *Lean* est d'ailleurs la seule chose qui se contamine au SCAS! » – Isabelle Lachance, *assistante technique en pharmacie senior*



« Je suis très heureux et fier de voir le cheminement que toute l'équipe a fait collectivement et individuellement. Nous sommes passés du mode « chialage » au mode « action ». Maintenant, chaque problème trouve une solution. Le projet *Lean* aura aussi changé ma vision de la gestion. Désormais, moins de décisions sont prises en *top down*. On discute plus, ce qui fait avancer positivement les choses. J'ai vraiment aimé mon expérience, même si ça demande beaucoup de travail. Je suis impatient de commencer un prochain projet. » – François-Pier Garant, *chef de service – Volet assistance technique et pharmacie*



« Comme agent *Lean*, il était crucial que je sois à l'écoute de l'équipe qui traversait cette période de changement intense. Les entrevues individuelles m'ont aidée à comprendre les préoccupations de l'équipe. Les formations en gestion du changement et sur les concepts de base *Lean* ont permis à l'équipe de se remettre en question et de se préparer à la venue du changement. Les pistes de solutions émises lors du kaizen ont été présentées rapidement au reste de l'équipe. Dès les premières semaines, les caucus et la station visuelle ont été mis à profit pour faciliter l'implantation des solutions. Ceci a grandement contribué à obtenir l'engagement de tous. Au fur et à mesure, les membres de l'équipe se sont approprié les nouvelles façons de faire et bonifiaient les solutions par leurs suggestions. Maintenant que le projet *Lean* est terminé et que les améliorations intensives ont été réalisées, les caucus se poursuivent, toujours dans un mode d'amélioration continue. L'équipe est en recherche permanente d'opportunités pour améliorer son travail. C'est une nouvelle philosophie de gestion qui a pris place. » - Isabel Desmarais, *pharmacienne et agent Lean certifiée ceinture verte, en formation ceinture noire*

QUAND LE *LEAN* DEVIENT UN LEVIER POUR AMÉLIORER LE CLIMAT DE TRAVAIL

Depuis l'automne 2014, tout projet *Lean* s'effectuant au sein d'une même équipe doit prévoir une mesure du climat de travail. Si les problèmes vécus par l'équipe sont d'ordre relationnel, même le plus pratique et essentiel des projets ne pourra apporter les résultats escomptés, car l'attention des membres de l'équipe sera tournée vers leurs principaux irritants.

Alors pourquoi réalise-t-on tout de même un projet lorsque les résultats portant sur le climat de travail nous indiquent qu'il y a un enjeu? Il arrive souvent que les irritants soient occasionnés par des éléments provenant de l'organisation du travail, comme par exemple une tâche partagée par deux types de professionnels. Les projets *Lean* visent à améliorer les conditions d'exercice des employés, ce qui a pour impact d'agir directement sur les irritants vécus.

Ce fut le cas pour l'équipe du SCAS de la pharmacie. Seulement 20 % des employés mentionnaient être satisfaits de l'ambiance de travail au début du projet en mai dernier. D'un autre côté, 60 % des membres de l'équipe mentionnaient leur insatisfaction à l'égard de la qualité des outils de travail et de la communication. Pour que

l'équipe vive un succès dans son projet, des formations sur les concepts *Lean* ainsi que sur la gestion du changement ont été données à tous les employés. Les gestionnaires se sont également engagés à leur laisser la latitude décisionnelle en fonction des balises données pour le projet, et à ne plus reproduire certaines erreurs du passé.

Une seconde mesure du climat a été effectuée à la fin du projet pour évaluer l'impact sur l'équipe. Nous avons ainsi observé une amélioration de 325 % quant à l'ambiance de travail, situant la satisfaction à 85 %. Et 100 % des employés mentionnent aujourd'hui que les outils sont adéquats et 85 % disent qu'ils ont maintenant la bonne information au bon moment pour accomplir leur travail.

Nous pouvons ainsi dire que ce projet fut un franc succès, tant sur l'amélioration des conditions d'exercice que sur le climat de travail!

Marie-Christine Rainville-Lajoie
Conseillère stratégique en développement et en santé organisationnels

DES OUTILS ADAPTÉS À NOTRE RÉALITÉ

LE CAUCUS ET LA STATION VISUELLE

Vous aurez remarqué depuis quelque temps l'installation de stations visuelles dans certains services et certaines unités. C'est le cas entre autres à la Clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation (RC pavillon Central) et au Service d'hygiène et salubrité (pavillon Mallet).

Ces tableaux fournissent des informations simples et visuellement attrayantes à toute l'équipe et aux gestionnaires pour connaître l'état de situation à partir d'indicateurs spécifiques à la réalité du secteur.

Régulièrement, l'équipe se rencontre à la station visuelle pour un caucus. Cette courte rencontre d'une dizaine de minutes est l'occasion de faire un suivi des projets en cours, mais également de faciliter la gestion de proximité. C'est un moment d'échange d'information sur les problématiques vécues sur le terrain et qui permet de saisir les opportunités d'amélioration continue.

« La mise en place d'une station visuelle et la tenue hebdomadaire des caucus ont été particulièrement bénéfiques pour le secteur hygiène et salubrité. En plus d'offrir une meilleure circulation de l'information en affichant concrètement les projets en cours, elles favorisent l'implication du personnel dans la recherche de solutions adaptées à leur réalité. Tout le monde y gagne! » – Mathieu Rhéaume, chef de secteur intérimaire, Service d'hygiène et salubrité

LE CAUCUS

Idéalement debout

Durée maximale de dix minutes
(chronométrée)

Fréquence établie selon les besoins
des intervenants du secteur



Caucus de l'équipe de soir du Service d'hygiène et salubrité

LA STATION VISUELLE

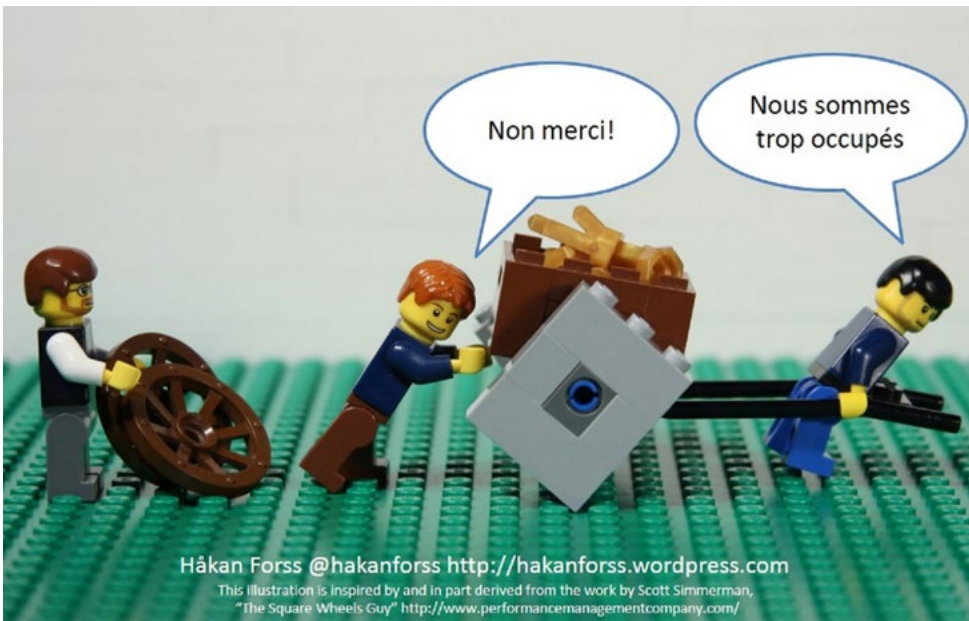
Elle se sépare en trois sections :

- Équipe : points d'information, informations pertinentes
- Qualité et performance : indicateurs de qualité et de performance priorités et pertinents pour le secteur
- Amélioration continue : idées, projets, initiatives d'amélioration



Équipe de la Clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation devant la station visuelle

CAPSULE HUMORISTIQUE



Station visuelle du Service d'hygiène et salubrité

15 NOUVEAUX AGENTS LEAN DIPLÔMÉS CEINTURES VERTES

Le 5 novembre dernier, quatorze agents *Lean* ont reçu ou étaient en voie de recevoir leur certification officielle. En plus d'avoir reçu leur formation ceinture verte et réussi l'examen final, ils ont mené à bien ou sont en voie de terminer, avec leur équipe, un projet d'amélioration au sein de l'organisation. Grâce aux connaissances acquises, ils pourront continuer à appliquer les principes de gestion du *Lean* tout en mobilisant leur équipe autour de nouveaux projets.

Félicitations à tous pour ce bel accomplissement!



De gauche à droite : Linda Lessard, Mélanie Lévesque, Mylène Lebrun-Paré, Mathieu Bordeleau, Brigitte Dionne, Francine Careau, Jean-François Perreault, Pierre Pelletier et Michelle Audit. Absents de la photo : Bianka Paquet-Bolduc, Éric Paradis, Carole Lavoie, Isabel Desmarais et Élisabeth Robert.

DES PROJETS EN COURS DE RÉALISATION, DES ÉQUIPES AU CŒUR DES SOLUTIONS!



OPTIMISATION DU PROCESSUS ACCÉLÉRÉ DE DOTATION INTERNE – PHASE II



OPTIMISATION DE LA GESTION ET DU RANGEMENT DU MATÉRIEL AINSI QUE DES PRODUITS UTILISÉS PAR LES PRÉPOSÉS EN HYGIÈNE ET SALUBRITÉ



ORGANISATION DE L'ENVIRONNEMENT SPATIAL ET DU TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE DANS LA FUTURE SALLE HYBRIDE



OPTIMISATION DE LA TRAJECTOIRE DES PATIENTS DU PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE AU PPMC



OPTIMISATION DU PROCESSUS DE CARDIOVERSION, VOLET ÉLECTIF



OPTIMISATION DU PROCESSUS EN ÉCHOCARDIOGRAPHIE

VOTRE OPINION EST IMPORTANTE POUR NOUS !

PARTAGEZ-NOUS VOS OPINIONS, VOS IDÉES DE PROJET, VOS PRÉOCCUPATIONS OU ENCORE FAITES-NOUS PART DE VOTRE EXPÉRIENCE! L'ÉQUIPE DU LEAN VOUS ÉCOUTE :
IUCPQ.LEAN@SSSS.GOUV.QC.CA /POSTE 4203

Érica Boisvert

Communications et relations publiques, Lean

NOUVELLES DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE



LE SCAS

Qu'est-ce qu'un SCAS dans un hôpital?

Le Département de pharmacie possède deux SCAS (service centralisé d'addition aux solutés). Le premier fabrique environ 140 000 préparations stériles par année. Elles sont destinées à nos usagers hospitalisés et à ceux qui quittent avec des antibiotiques intraveineux à domicile (ATIVAD). Le deuxième sert à la préparation des produits dangereux, tels que les chimiothérapies et les immunosuppresseurs.

Les installations

Les installations et les activités du SCAS sont régies par des normes strictes qui assurent la stérilité des médicaments, la sécurité des usagers qui les reçoivent et la sécurité du personnel qui les prépare.

Le SCAS est divisé en trois sections distinctes : la zone de soutien, le SAS et la salle blanche.

La zone de soutien est une salle fermée qui permet de conserver à proximité le matériel et les produits servant à la préparation de produits stériles. Une cellule de travail traite les ordonnances, prépare le matériel requis pour les préparations des produits stériles sous la hotte, vérifie la qualité et la conformité de tout ce qui a été préparé à l'aide de photos, étiquette les produits au nom de l'usager et les achemine sur les unités de soins.

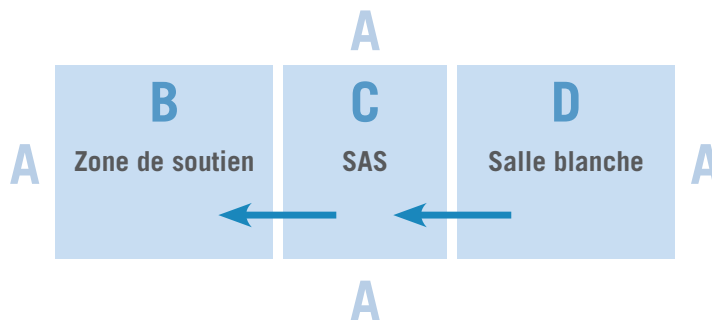
Le SAS est aussi appelé antichambre. Il est muni de deux portes avec un système de fermeture qui permet de n'ouvrir qu'une porte à la fois, en maintenant ces milieux isolés l'un de l'autre. L'installation d'un SAS facilite le maintien des gradients de pression requis entre les salles.

C'est dans cette antichambre que s'effectue le lavage des mains et des avant-bras ainsi que l'habillement et le retrait de l'équipement de protection individuelle (jaquettes, bonnets, protégés-chaussures, masques et gants stériles).

La salle blanche consiste, quant à elle, en une aire de préparation aseptique à accès restreint au personnel désigné. Dans la salle blanche destinée aux médicaments non dangereux, on retrouve trois hottes à flux laminaire avec filtres « HEPA » qui sont certifiées sur une base régulière.

Un gradient de pression positive est établi entre la salle de préparation blanche, le SAS et la zone de soutien.

Schéma des pressions



Le maintien d'une pression positive et d'une température entre 18 et 25 degrés Celsius, le contrôle du niveau de particules et du taux d'humidité ainsi que les techniques spécifiques de manipulation des produits permettent de préserver la stérilité de la salle blanche et l'intégrité des médicaments administrés par voie parentérale.

Le personnel

Le personnel assigné à la préparation de produits stériles ainsi que celui attribué aux activités d'hygiène et de salubrité ont un impact très important sur la réduction des risques de contamination des préparations. L'adoption de méthodes de travail rigoureuses est par conséquent essentielle.

Les assistants techniques en pharmacie impliqués dans la fabrication de préparations stériles sont évalués annuellement sur le maintien de leurs compétences. Un test

théorique valide leur compréhension des politiques et des procédures. Un test pratique en salle blanche permet de vérifier leurs techniques aseptiques. Parmi ces tests, il y a un échantillonnage des bouts des doigts gantés pour s'assurer de l'absence de contamination des gants après les manipulations.

En plus de la formation et des règles à suivre, le personnel du SCAS doit être sensibilisé à l'impact que son travail peut avoir sur la sécurité de l'utilisateur. En cas de doute, la préparation est détruite et préparée à nouveau. Chaque erreur soulevée est analysée et des moyens sont mis en place pour éviter que la même situation ne se reproduise.

La pharmacienne qui assure la supervision doit avoir reçu une formation universitaire spécialisée sur les préparations stériles et elle doit renouveler cette formation aux trois ans.

Réalisation du BCM pour les usagers admis par l'urgence

Suite à la réorganisation des activités des pharmaciens et du personnel technique, nous arrivons enfin à réaliser un bilan comparatif des médicaments (BCM) pour 95 % à 100 % des usagers admis par l'urgence. L'utilisation du DSQ fait partie intégrante du processus BCM à l'urgence de l'IUCPQ-UL. Cependant, un audit récemment réalisé démontre une sous-utilisation du DSQ pour la prescription de la médication prise à domicile (45 %). Nous aimerions atteindre 70 % à 75 % d'utilisation, considérant que certains usagers ne sont pas candidats à son utilisation (ex : transfert interhospitalier). Nous vous rappelons que bien que le DSQ ne soit pas toujours complet, son utilisation favorise la réalisation d'un maximum de BCM pour les usagers admis à partir de l'urgence. L'information qui s'y retrouve est systématiquement validée à l'aide du profil de la pharmacie du patient et/ou un questionnaire lors d'une étape subséquente de réconciliation. Merci à toutes les équipes pour votre collaboration!

Département de pharmacie

AUTOAPPRENTISSAGE : FORMATION CONTINUE PROMETTEUSE UNE IDÉE INNOVANTE QUI A FAIT DU CHEMIN!



De gauche à droite : Andrée-Anne Samson, Julien Ouellet, France Lavoie, Guylaine Valin, Stéphanie Cliche et Isabelle Simard.

La formation par autoapprentissage est un processus dynamique :

- Innovateur ● Structuré pédagogiquement
- Encadré ● Volontaire ● De qualité
- Permet de soutenir et d'améliorer la pratique infirmière individuelle et collective
- Répond aux besoins de formation des infirmières et permet l'acquisition des connaissances et le développement des compétences.

Accrédité par la SOFEDUC et l'OIIQ

Bravo pour le travail d'équipe!

Cette initiative a valu le prix Bon Coup de l'AGIUQ et le prix Coup de coeur au congrès des gestionnaires de l'urgence.

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



Communications et relations publiques





BONNE ANNÉE 2016!

« QUE LE RÊVE SOIT AVEC VOUS! »

Eh oui, c'est le souhait que je porte pour vous tous et toutes : en ce début de nouvelle année, «que le RÊVE soit avec vous!»

Les événements dramatiques, les périodes dites d'austérité ou de rigueur économique, les diverses sources de tension, de conflits,... bref, les «mauvaises nouvelles» qui inondent notre quotidien, tout cela peut venir occulter cette riche faculté humaine qui est celle de «rêver».

C'est pourquoi, à l'aube de l'année 2016, je vous souhaite le «rêve». Je vous souhaite de cultiver, de développer, d'alimenter votre plaisir de rêver. Laissez aller votre imaginaire intérieur et lui donner des yeux remplis d'émerveillement et de foi.

«RÊVER»... Dans notre monde fortement remué, dans notre société en transformation qui livre de multiples combats pour des causes humanitaires, environnementales et autres; dans une population qui sollicite des conditions de vie favorables,... oser le rêve; se permettre de ne pas «penser», simplement de «rêver» Accueillir l'incroyable, croire à l'inaccessible et que le meilleur est à notre portée. Et surtout, partager notre rêve avec les gens qui nous entourent. Rêver seul risque de demeurer un rêve. Le partager, c'est déjà lui permettre de devenir réalité.

Ne laissez donc pas les événements sombres perturber, voire anéantir, votre plaisir de rêver. Que rien ne puisse éteindre cette étincelle de vie bien présente en vous, qui s'appelle le rêve, qui vous invite à aller de l'avant avec espoir, courage et confiance. Pour y arriver, retrouvez «l'enfant» en vous; cet espace intérieur porteur de vos rêves, de vos aspirations, du grand désir de votre vie. Laissez-le s'exprimer, aidez-le à grandir, à exister.

*«RÊVER»... Retrouver «l'enfant» en soi, «le prendre par la main pour l'emmenner vers demain.»***

BONNE ANNÉE 2016!

*Prendre un enfant par la main
Pour l'emmenner vers demain,
Pour lui donner la confiance en son pas,
Prendre un enfant pour un roi.
Prendre un enfant dans ses bras
Et pour la première fois,
Sécher ses larmes en étouffant de joie,
Prendre un enfant dans ses bras.*

*Prendre un enfant par le cœur
Pour soulager ses malheurs,
Tout doucement, sans parler, sans pudeur,
Prendre un enfant sur son cœur.
Prendre un enfant dans ses bras*

Jean-Marc Fournier, ptre
Intervenant en soins spirituels

L'EXPÉRIENCE DE LA SOUFFRANCE

Revue **SpiritualitéSanté**

Décembre 2015



La souffrance tient une place étonnante dans notre vie! C'est particulièrement quand elle survient, souvent à l'improviste, que nous prenons conscience du bonheur ou de la paix que nous goûtions «avant», mais sans trop nous en rendre compte. Si tout être humain quel qu'il

soit est aux prises à un moment ou l'autre avec la souffrance, celle-ci est perçue très différemment selon la sensibilité, la culture et la situation contextuelle de celui qui la subit. L'édition de décembre 2015 de **SpiritualitéSanté** aborde la souffrance sous différents angles, d'abord en approfondissant cette question, puis en la considérant comme une réalité inéluctable au cœur de notre vie et au cœur des soins.

Le CSSanté publie trois fois par année la revue **Spiritualitésanté** destinée aux professionnels et au personnel soignant du réseau de la santé. Visitez-nous au www.cssante.ca/revue-spiritualitesante

*Mais pour la première fois,
Verser des larmes en étouffant sa joie,
Prendre un enfant contre soi.*

*Prendre un enfant par la main
Et lui chanter des refrains
Pour qu'il s'endorme à la tombée du jour,
Prendre un enfant par l'amour.
Prendre un enfant comme il vient
Et consoler ses chagrins,
Vivre sa vie des années, puis soudain,
Prendre un enfant par la main
En regardant tout au bout du chemin,
Prendre un enfant pour le sien.*

** Paroles : Yves Duteil



JE CONSOMME *eautrement!*

L'IUCPQ-UL CONTRIBUE À LA STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE VISANT À RÉDUIRE DE 20 % LA PRODUCTION MOYENNE D'EAU PAR PERSONNE POUR L'ENSEMBLE DU QUÉBEC

CE QUE L'INSTITUT A FAIT :

- Remplacer tous les systèmes qui étaient refroidis à l'eau domestique
- Remplacer le lave-vaisselle par un équipement plus performant
- Moderniser les contrôles de conductivité à la chaufferie et à la tour d'eau pour diminuer les rejets
- Autres interventions visant les principales sources de gaspillage d'eau potable telles que l'installation de robinets automatiques et le remplacement d'équipements sanitaires

VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ :

- Agir comme citoyen responsable dans l'utilisation d'eau potable
- Pratiquer une saine gestion de l'eau sans compromettre les activités de soins et d'hygiène
- Signaler des opportunités d'amélioration de la consommation d'eau potable dans nos installations en transmettant par courriel vos suggestions au Service des installations matérielles
- Signaler les dysfonctionnements (robinets ou toilettes qui fonctionnent sans arrêt) en transmettant une requête au Service des installations matérielles



SAVEZ-VOUS QUE?

Une seule goutte d'eau qui s'échappe chaque seconde d'un robinet représente 9 540 litres d'eau par année, ce qui équivaut à 80 douches d'environ 5 minutes.

TOUS ENSEMBLE, RÉDUISONS NOTRE CONSOMMATION D'EAU POTABLE!

DES NOUVELLES DE VOTRE FONDATION



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

MON EXPÉRIENCE PÉROU 2016

Présentée par LA FONDATION DUPONT



Vous rêvez d'aventure, de paysages magnifiques et de lieux mythiques? Prenez part au projet Mon expérience Pérou 2016 présentée par la Fondation Dupont, un voyage de découverte de l'univers inca et de rendez-vous avec le peuple péruvien, son folklore, ses traditions. Cette aventure en haute altitude est réalisée au profit de votre fondation.

L'EXPÉDITION

Date : 13 au 26 août 2016

Durée : Quatorze jours

Région : Voyage dans les Andes péruviennes au cœur de la civilisation des Incas dont Cusco est la capitale et le Machu Picchu son centre spirituel.

Activités : Trek du Salcantay incluant cinq jours de randonnée au milieu de sommets andins de plus de 5000 mètres. L'aboutissement de cette grande randonnée se fera lors d'une journée complète sur un des sites les plus extraordinaires de la planète, le Machu Picchu. La possibilité de faire l'ascension du Huayna Picchu sera également proposée.

Le défi vous intéresse? Informez-vous en consultant le FONDATION-IUCPQ.ORG/activites ou en contactant Geneviève au 418 656-4999 poste 3450 ou par courriel à genevieve.thibeault@fondation-iucpq.org.

24 H COURS DON



Les 11 et 12 novembre dernier avait lieu la première édition du 24 h Cours Don au profit de la Fondation. Cette activité a été initiée par M^{me} Audrey Vachon, pharmacienne à l'Institut, et organisée en collaboration avec plusieurs membres du Département de pharmacie.

24 h Cours Don a été un succès grâce aux 55 participants qui sont venus courir à la cafétéria de l'Institut, dont plusieurs de vos collègues. Le tapis roulant a été occupé pendant 24 heures sans arrêt, ce qui représente plus de 1440 minutes de course et 220 km parcourus! Par cette belle initiative, un montant total de 16 855 \$ a été amassé.

Les organisateurs tiennent à remercier tous les partenaires et collaborateurs de l'évènement : le PPMC pour le prêt du tapis roulant, la cafétéria pour l'espace occupé pendant ces 24 heures ainsi que les commanditaires des prix de présence : Fradette Sport, Le Coureur Nordique et Groupe Brière | Sports Experts.

De plus, ce résultat n'aurait pas été possible sans la contribution financière des partenaires suivants :



Merci à tous et à l'année prochaine pour la deuxième édition!



COLLECTE DE FONDS D'HÉLÈNE LAMARCHE

Pour une deuxième année, M^{me} Hélène Lamarche, patiente de l'IUCPQ et fière survivante d'un cancer du poumon, a récidivé avec une vente de chocolats à l'occasion de l'Halloween. Elle a amassé 2 700 \$ cette année pour la Fondation. Cette somme sera versée au Fonds Alphonse-L'Espérance qui soutient la recherche, l'enseignement et les soins surspécialisés en santé respiratoire.

ÉVÉNEMENTS DE LA FONDATION



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



Animé par le **D^r Mathieu Simon, pneumologue**, le brunch familial annuel présenté par Desjardins était sous la présidence d'honneur de **M. Gilbert Guay, directeur général, Caisse Desjardins Des Rivières de Québec**. Cette 14^e édition qui avait lieu le 22 novembre dernier aura permis d'amasser plus de 55 000 \$ de profits nets. « La santé, ce n'est pas qu'une préoccupation personnelle, c'est aussi une affaire de famille. Il n'est jamais trop tôt pour sensibiliser notre jeunesse à l'adoption de saines habitudes de vie et ce brunch est une belle occasion de le faire. », a affirmé M. Guay lors du brunch.



M^r. Serge Lebel, associé avocat et administrateur de sociétés certifié chez BCF avocats, M. Gilbert Guay, président d'honneur du brunch et directeur général de la Caisse Desjardins Des Rivières de Québec, M^{me} Josée Giguère, directrice générale de la Fondation IUCPQ et M. Alain Thauvette, vice-président principal Assurances de personnes, Gestion de patrimoine et Assurance de personnes au Mouvement Desjardins.

Les 300 invités ont eu le plaisir d'entendre une sommité dans le domaine de la cardiologie et de la promotion des saines habitudes de vie, le **D^r Jean-Pierre Després, directeur de la recherche en cardiologie à l'Institut**. Le D^r Després a présenté une conférence d'une trentaine de minutes qui s'intitulait *LIUCPQ et la santé cardiovasculaire en 2015 : mettre la science au service de la population*.

Les jeunes ont pu découvrir le Complexe Capitale Hélicoptère, faire l'essai de simulateurs de vol et admirer de vrais hélicoptères. Les plus grands ont pu effectuer un dépistage des facteurs de risque de maladies cardiaques par l'équipe de kinésiologues du PPMC.

LOTO-VOYAGES 2016

Avec 1 000 billets à vendre, le C^{+EF} a lancé l'édition 2016 de la Loto-Voyages le 16 novembre dernier. Sous le thème des grands classiques du cinéma, la Loto-Voyages 2016 offre treize destinations d'une valeur totale de 35 000 \$.

Tous les billets étaient vendus après seulement huit jours. Les sommes amassées grâce à cette loterie permettront de financer des projets qui ont été soumis par vos pairs au C^{+EF} en début d'année.

Les probabilités de gagner sont de 1 sur 77 alors bonne chance à tous!

Les tirages s'échelonneront de janvier à octobre 2016. Consultez le FONDATION-IUCPQ.ORG/activites pour en savoir davantage.



UN SUCCÈS POUR LES FOUS DE LA RAMPE

La cuite, pièce présentée par Les Fous de la rampe en novembre dernier, a permis d'amasser 21 200 \$ de profits nets. Le nombre de spectateurs et la somme des profits ont encore une fois été dépassés! Le parrain d'honneur était M. Michel Nadeau, directeur artistique du Théâtre Niveau Parking. Ces profits permettent au Comité⁺ des employés pour notre Fondation (C^{+EF}) de financer vos projets!

ÉLABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

POUR LES USAGERS DU SERVICE RÉGIONAL DE SOINS
RESPIRATOIRES SPÉCIALISÉS À DOMICILE (SRSRSD)



Participants au projet : *Avant* : Francine Careau, Cynthia Lévesque, Chantal Girard et Carmen Paquette.
Arrière : Nathalie Vadeboncoeur, Marie-Josée Rivard, Benoît St-Pierre et Didier Saey. Absent de la photo : D' Yves Lacasse

L'équipe du SRSRSD, en collaboration avec le PPMC, a élaboré un programme d'activité physique sécuritaire et adapté pour la clientèle à domicile du SRSRSD, incluant un guide pour les usagers ainsi qu'un guide de référence pour les intervenants.

Ces outils ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des usagers du SRSRSD en leur permettant une meilleure accessibilité à un programme d'activité physique adapté à leur réalité.

**UNE BELLE INNOVATION POUR UN MEILLEUR
ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS. FÉLICITATIONS À TOUS!**

Témoign ou auteur de bons coups? Ne soyez pas les seuls à en profiter. Partagez-les!
Écrivez-nous à l'adresse suivante : BonsCoups@ssss.gouv.qc.ca
Ou visitez l'intranet dans la section *Institut/Bons coups*



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



Communications et relations publiques

