

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

SERGE COUILLARD
SERVICE DE PROTECTION
CONTRE L'INCENDIE
VILLE DE QUÉBEC

VICTIME D'UN
INFARCTUS



L'INSTITUT : DANS LE FEU DE L'ACTION !

TRAJECTOIRE DES SERVICES :

CONSULTATION EXTERNE

NUTRITION CLINIQUE

HÉMODYNAMIE

4^e OUEST PAVILLON CENTRAL

URGENCE

« UN MERCI SPÉCIAL
À TOUTE VOTRE ÉQUIPE.
JE GARDERAI UNE PLACE
SPÉCIALE DE VOUS TOUS
DANS MON CŒUR
QUE VOUS AVEZ SI BIEN
REMIS EN FORME »



PHARMACIE

UNITÉ CORONARIENNE

PPMC

SERGE COUILLARD
QUÉBEC

VICTIME D'UN
INFARCTUS

TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION.....	1
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	2
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	4
UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE.....	6
SERVICES ET PROGRAMMES.....	9
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT.....	10
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION.....	12
PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES 2011-2013.....	15
CARTE STRATÉGIQUE.....	16
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	17
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	64
ÉTATS FINANCIERS.....	68
FONDATION.....	69
BILAN FINANCIER DE LA FONDATION.....	74
ORGANIGRAMMES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	76
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS.....	78
COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE.....	80
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS.....	85
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE.....	89
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS.....	92
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....	96
COMITÉ DES USAGERS.....	99
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	102
COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES.....	103
PROCÉDURE D'EXAMENDES PLAINTES.....	103
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	106
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES.....	108
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	110
ANNEXE.....	112
ÉTATS FINANCIERS RÉCAPITULATIFS.....	112
RÉFÉRENCES.....	128
STATISTIQUES ANNUELLES.....	130

LEXIQUE

ACNOR : Association canadienne de normalisation
ACSSSS : Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux du Québec
AGENCE : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
ASSSCN : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
ASSTAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
BCM : Bilan comparatif des médicaments
CANOX : Canadian Nocturnal Oxygen trial
CCVT : Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
CECI : Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers
CEMDP : Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
CER : Comité d'éthique de la recherche
CHA : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUL : Centre Hospitalier de l'Université Laval
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CI : Conseil des infirmières et des infirmiers
CM : Conseil multidisciplinaire
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ : Collège des médecins du Québec
CPS : Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
CRIUCPQ : Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CSJ : Centre de soins de jour
CSP : Cliniques spécialisées de pneumologie
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail
DACD : Diarrhées associées au Clostridium difficile
DBP : Dérivation biliopancréatique
DCP : Direction de la coordination des programmes
DDORH : Direction du développement organisationnel et des ressources humaines
DGAAC : Direction générale adjointe aux affaires cliniques
DMS : Durée moyenne de séjour
DSI : Direction de soins infirmiers
DSM : Direction des services multilinguistiques
DSP : Direction des services professionnels
ECG : Electrocardiogramme
ERV : Entéroque résistant à la Vancomycine
ETMIS : Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
FRQS : Fonds de recherche du Québec - Santé
GDE : Grand défi entreprise
GDPL : Grand défi Pierre Lavoie
GMF : Groupe de médecine familiale
GPS : Global Positioning System
HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise
HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire
ICUQ : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
ICQ : Institut de cardiologie de Québec
INSTITUT : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
IPS : Infirmières praticiennes spécialisées
IRM : Imagerie par résonance magnétique
IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada
ISC : Infections de site chirurgical
IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MAGIC : Module d'aide à la gestion de l'information clinique
MAGISTRA : Système d'information intégrée en gestion des ressources humaines et paie
MDEIE : Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSI : Méthodes de soins infirmiers
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIF : Organisation internationale de la Francophonie
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OING : Organisation internationale non gouvernementale
OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec
OSBL : Organisme sans but lucratif
PACS : Picture Archiving Communication System
PALV : Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PCI : Prévention et contrôle des infections
PDI : Plan directeur immobilier
PFT : Programme fonctionnel et technique
PPMC : Pavillon de prévention des maladies cardiaques
POQFI : Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza
PTI : Plan thérapeutique infirmier
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
RMN : Résonance magnétique nucléaire
REGOP : Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RSI : Règle de soins infirmiers
RSS : Région sociosanitaire
RUIS-UL : Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
RUM : Règle d'utilisation des médicaments
SARDM : Système automatisés et robotisés de distribution des médicaments
SARDO : Système d'Archivage des Données en Oncologie
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la Méthycilline
SCAS : Service centralisé d'additifs aux solutions
SIAD : Suivi intensif à domicile
SIDIEF : Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone
SNT : Site non-traditionnel
SRSRSD : Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile
SMSST : Système de management de la santé et de la sécurité au travail
TEP : Tomographie par émission de positrons
UMF : Unité de médecine familiale
USP : United States Pharmacopeia

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2011-2012 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



M. Michel Delamarre
Directeur général de l'établissement

Ce présent rapport annuel de gestion sera déposé et adopté lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration prévue le 2 octobre 2012. Ce rapport est également disponible sur le site Internet de l'établissement à la section « À propos de l'Institut », « Rapport annuel ». Est également disponible sur le site Internet, le calendrier annuel des assemblées régulières du conseil d'administration, à la section « À propos de l'Institut », « Conseil d'administration ».

Note au lecteur :

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage le diminutif *Institut* se référant à l'appellation complète *Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)*, affilié à l'Université Laval. L'utilisation de la lettre « K\$ » renvoie au nombre mille et la lettre « M\$ » signifie million. Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte, à l'exception du terme « infirmière ».

ISSN 1920-9487 (version imprimée)

ISSN 1920-9401 (PDF)

ISBN 978-2-923250-31-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-923250-32-8 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Direction générale
Communications et relations publiques
2725, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone : 418 656-4932
Télécopieur : 418 656-4866
IUCPQ.qc.ca
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Graphisme : Siamois graphisme

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Rangée avant (de gauche à droite) :

M. Serge Simard, M^{me} Madeleine Nadeau, M^{me} Marie-France La Haye, M^{me} Julie-Anne Boutin, M^{me} Claudia Boulanger

Rangée arrière (de gauche à droite) :

M. Jean-Guy Royer, M. Ghalem Anani, M. Jean Brown, M^{me} Line Grisé, M. Laurent Després, M^{me} Ginette Guay-Defoy, M^{me} Audrey Pilote, M. Georges Smith, M. Michel Delamarre, M^{me} Chrystine Maltais, M. Marius Plante

Absents lors de la photographie :

D^r Onil Gleton, M. Gilles Kirouac, M^{me} Anne Michaud, M. Denis Beauchamp



COMITÉ DE DIRECTION

Rangée avant (de gauche à droite) :

M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice des programmes, M^{me} Ann Lalumière, directrice associée – administration de la Direction de la recherche universitaire, M^{me} Diane Benoit, directrice des soins infirmiers, M^{me} Mireille Ouellet, directrice intérimaire des services multicientèles

Rangée arrière (de gauche à droite) :

M. Gino Albert, directeur du développement organisationnel et des ressources humaines, M^{me} Francine Dubé, directrice des ressources financières, M. Michel Delamarre, directeur général, M. Denis Potvin, directeur des services techniques, D^r Denis Coulombe, directeur de l'enseignement universitaire, M^{me} Louise Naud, directrice des ressources informationnelles et technologiques

Absents lors de la photographie :

M^{me} Maryse Bernier, directrice de projet – Dossier clinique informatisé, D^r Michel Piroux, directeur des services professionnels, D^r Denis Richard, directeur de la recherche universitaire



MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

« NOUS TERMINONS
L'ANNÉE FINANCIÈRE
2011-2012 AVEC UN
BILAN DES PLUS POSITIFS.
C'EST LE RÉSULTAT DE
L'ENGAGEMENT DE
MILLIERS DE PERSONNES
QUI ŒUVRENT DANS
L'INTÉRÊT DE NOTRE
CLIENTÈLE. C'EST AUSSI
LE RÉSULTAT DE
CONFIANCE QUE
NOS USAGERS
NOUS MANIFESTENT
DEPUIS 94 ANS ! »

Depuis la fondation de notre hôpital en 1918, 94 années ont passé. De ses origines jusqu'à nos jours, notre centre hospitalier se distingue par l'implication de ses intervenants et son souci de répondre aux besoins de la population. C'est dans un climat de collaboration et de concertation que nous poursuivons nos travaux pour réaliser les grandes orientations du plan stratégique 2008-2013.

ENGAGEMENT ENVERS LA CLIENTÈLE

D'année en année, nous constatons à quel point notre personnel, nos médecins, nos chercheurs, nos gestionnaires et nos bénévoles sont engagés et dédiés aux usagers ainsi qu'à leurs proches. C'est grâce à eux que nous pouvons faire un bilan positif de cette autre année qui se termine. Nous nous sommes engagés à offrir des soins et des services accessibles et de qualité et c'est dans ce cadre que nous avons agi ensemble.

PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

Afin de maintenir et d'améliorer l'accessibilité ainsi que la continuité des services, nous avons poursuivi les démarches d'optimisation des processus cliniques et administratifs. Nous avons augmenté nos volumes d'activités, principalement en chirurgie cardiaque et thoracique de même qu'en électrophysiologie, en plus d'améliorer substantiellement les résultats d'accessibilité pour certains soins et services. Nous avons également réussi à maintenir notre position en tête du classement provincial des urgences dans la catégorie des établissements universitaires. Essentiellement, nous pouvons confirmer que la majorité des cibles convenues dans le cadre de l'entente de gestion avec l'Agence ont été rencontrées ou sont en voie de l'être. Pour celles qui n'ont pas été atteintes, elles font partie d'un suivi rigoureux par le conseil d'administration et par la direction. Nous avons terminé l'exercice avec un surplus budgétaire, ce qui nous a permis de réaliser le plan financier pour la numérisation du dossier patient et d'adopter un budget équilibré en 2012-2013, malgré la cible de réduction des dépenses.

Afin d'accroître la qualité des soins, la performance des services offerts et les conditions d'exercice du personnel et des médecins, le conseil d'administration et la direction ont décidé de lancer un *programme intégré d'optimisation des processus LEAN* visant quatre volets clés de ses activités hospitalières, soit l'Urgence, le bloc opératoire, l'électrophysiologie et l'hémodynamie. L'approche de travail retenue vise à mettre à profit l'expérience, l'expertise et la créativité des intervenants de notre organisation pour apporter des solutions aux problématiques vécues au quotidien. Le *programme intégré LEAN* s'inscrit dans les cinq priorités organisationnelles de l'établissement et il constitue une action concrète dans le développement d'une culture d'amélioration continue.

GOVERNANCE

Le projet de loi numéro 127 adopté en juin 2011 a apporté plusieurs changements au niveau de la gouvernance des établissements, particulièrement en ce qui a trait à la constitution du conseil d'administration. Cela a conduit au renouvellement, en cours d'année, de douze membres et à l'arrivée de huit nouveaux, tous élus ou nommés et entrés en fonction le 1^{er} février 2012. Issu de dix collèges électoraux ou de désignation, le nouveau conseil d'administration est en parité hommes-femmes, diversifié en terme de compétences et de provenance, dont un bon nombre de membres sont considérés comme indépendants. En cours d'année, le conseil d'administration a veillé à l'atteinte des objectifs et des orientations stratégiques de même que des priorités organisationnelles. De plus, le conseil a rempli son mandat de gouvernance afin d'assurer l'accessibilité et la meilleure qualité des services offerts à la population.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Plusieurs plans d'actions sont en cours de réalisation au niveau de la sécurité des soins et des services, notamment en ce qui a trait à la lutte aux infections nosocomiales. Ainsi, nous avons réduit sensiblement le niveau de transmission nosocomiale du C. difficile au cours des derniers mois de l'année. Ces plans s'inscrivent particulièrement dans la démarche de conformité aux normes d'Agrément Canada.

DÉMARCHE « ENTREPRISE EN SANTÉ »

La direction de l'Institut, appuyée par le conseil d'administration et les différentes instances, a débuté la démarche de la norme « Entreprise en santé ». Cette norme a pour principal objectif de mettre en place un ensemble d'actions qui contribuent, de façon significative, à la santé des personnes œuvrant au sein de notre organisation. Afin de favoriser la meilleure adhésion possible, cette démarche interne se nomme « Notre institut en santé ». Nous avons procédé, auprès du personnel, au sondage sur le climat organisationnel couvrant les quatre sphères de cette démarche :

habitudes de vie, équilibre travail-vie personnelle, environnement de travail, pratiques de gestion. Nous poursuivons nos activités pour adopter un plan d'action en 2012.

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

Au cours de la dernière année, nous avons entrepris un virage important visant le déploiement du dossier clinique informatisé (DCI, Cristal-Net) et la numérisation du dossier patient. L'initiative que nous venons de prendre nous permettra de faire un pas de géant vers le partage de l'information clinique, si essentiel à la qualité des services. Pour y arriver, nous nous sommes engagés dans une collaboration interétablissements avec le CHUQ et CHA.

IMMOBILISATION

Le fait saillant de l'année est l'arrêt des travaux de rénovation et de réaménagement du pavillon Rousseau. Contraint de fermer ce pavillon, nous avons dû procéder en peu de temps à la relocalisation des activités vers d'autres locaux, principalement aux pavillons central, Laval et Marguerite-d'Youville. Par ailleurs, nous avons inauguré les nouveaux locaux pour la chirurgie bariatrique, nous avons rénové et agrandi la cafétéria ainsi que la laverie. De plus, nous avons obtenu une subvention de même que l'autorisation d'agrandir l'Urgence dont les travaux se réaliseront en 2012-2013.

« NOUS ALLONS CONTINUER À COLLABORER, AVEC LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS ET LA CLIENTÈLE, POUR DÉTERMINER LEURS BESOINS ET Y RÉPONDRE. »

À l'Institut, nous sommes nombreux à croire que la collaboration et l'implication sont des ingrédients clés de la qualité des soins et services que nous offrons à la clientèle. C'est un honneur et un grand privilège, pour nous, de diriger l'Institut qui inspire confiance auprès de la population. Nous vous remercions de cette grande confiance!

Bonne lecture



M^{me} Madeleine Nadeau
Présidente du conseil d'administration



M. Michel Delamarre
Directeur général



EN GUISE D'INTRODUCTION

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



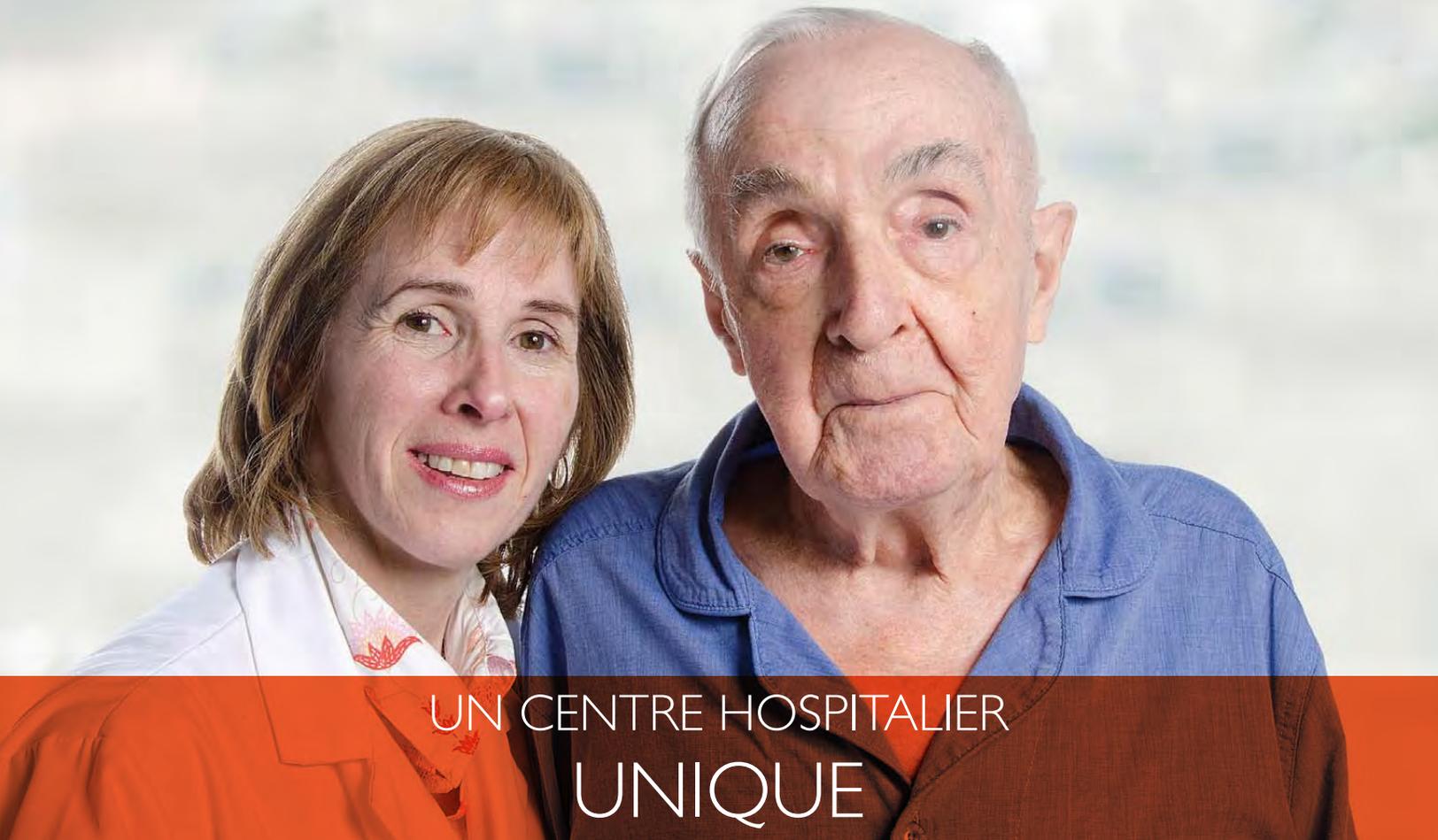
L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est un établissement de santé qui a marqué le 20^e siècle et qui continue, par la qualité et le développement de ses services, à répondre aux besoins de santé sans cesse grandissants de la population. L'établissement est un centre hospitalier universitaire suprarégional dont le bassin de desserte de la clientèle s'élève à plus de 2 000 000 d'habitants, soit environ 30 % de la population du Québec.

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec s'est forgé une réputation enviable autant au Québec qu'au Canada et dans le monde en raison de la qualité des soins et des services qu'il prodigue à la population et des innovations et avancées technologiques dont il est constamment à l'affût. La détermination, le professionnalisme et le dynamisme des équipes de l'Institut sont directement reliés aux succès de l'établissement. Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

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



UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

MISSION

LA SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CARDIOPULMONAIRES ET DE MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ

Affilié à l'Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec se distingue par :

- ses programmes de soins et de services spécialisés et ultraspécialisés pour le traitement des maladies cardiopulmonaires et des maladies reliées à l'obésité pour une population locale, régionale et suprarégionale;
- ses programmes de soins et de services complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne ainsi que dans plusieurs autres spécialités;
- son urgence ainsi que ses soins et ses services généraux et spécialisés pour la population locale;
- son expertise en prévention et en réadaptation des maladies cardiopulmonaires;
- son centre de recherche regroupant des axes de recherche alignés avec sa mission clinique ultraspécialisée;
- son implication en enseignement;
- sa contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

VISION

CHEF DE FILE DANS SES DOMAINES D'EXPERTISE, L'ÉTABLISSEMENT A POUR AMBITION :

- de rendre accessibles des soins et des services basés sur les meilleures pratiques professionnelles, à la fine pointe des connaissances et de la technologie;
- de viser l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins et des services;
- de rayonner comme milieu d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- d'être un partenaire de choix, reconnu pour sa contribution au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec;
- de retenir et d'attirer des personnes engagées et reconnues pour leur expertise et leur savoir-être.

VALEURS

LES VALEURS PRÔNÉES DICTENT LES COMPORTEMENTS À L'ÉGARD DES USAGERS, DU PERSONNEL, DES MÉDECINS, DES ÉTUDIANTS, DES BÉNÉVOLES ET DES PARTENAIRES

LE RESPECT :

Se traduit par des relations interpersonnelles basées sur la considération, l'écoute, la confiance, l'ouverture, la tolérance et l'honnêteté. C'est une considération réciproque des différences et des valeurs individuelles.

LA RECONNAISSANCE :

Se traduit par la valorisation au quotidien des intervenants œuvrant au sein de l'organisation. C'est apprécier les gens pour leur contribution et reconnaître leur expérience. C'est aussi tenir compte de leurs intérêts et de leurs motivations.

LA RESPONSABILISATION :

Se traduit par l'engagement personnel à réaliser les actions requises en vue de contribuer à l'atteinte des résultats recherchés.

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT :

Se traduisent par le partage de l'information, des connaissances et des expériences dans un souci de travail d'équipe, de complémentarité et d'interdisciplinarité, tant à l'interne qu'à l'externe. C'est considérer l'impact de nos actions sur celles des autres et partager les responsabilités de manière équitable.

ENGAGEMENTS

AFIN DE RÉALISER NOS AMBITIONS, NOUS NOUS ENGAGEONS À :

- placer l'utilisateur et ses proches au centre de nos décisions et de nos actions;
- fournir un milieu de travail humain, valorisant et stimulant pour le personnel, les médecins, les étudiants et les bénévoles, basé sur le travail en équipe, l'interdisciplinarité et la participation aux processus décisionnels;
- contribuer avec nos partenaires, dans le respect de la mission et de l'expertise de chacun, à l'amélioration de l'offre de service sur le territoire du réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval;
- promouvoir la recherche et l'innovation afin de favoriser l'avancement et le transfert des connaissances;
- soutenir l'amélioration continue de la qualité et de la performance;
- fournir aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite;
- adopter et promouvoir des pratiques visant l'utilisation optimale des ressources naturelles et une gestion responsable des matières résiduelles.

UN CENTRE
HOSPITALIER
UNIQUE

UN CENTRE
HOSPITALIER
UNIQUE

UN CENTRE
HOSPITALIER
UNIQUE

UN CENTRE
HOSPITALIER
UNIQUE

UNIQUE





SERVICES ET PROGRAMMES

L'Institut intervient principalement auprès de ses clientèles sur le plan des maladies cardiopulmonaires et de celles reliées à l'obésité, en offrant des services et des programmes adaptés à leur besoin.

CARDIOLOGIE *

- Cardiopathie congénitale
- Chirurgie cardiaque
- Échocardiographie
- Électrophysiologie cardiaque
- Hémodynamie
- Insuffisance cardiaque et cœur mécanique
- Transplantation cardiaque

PNEUMOLOGIE *

- Chirurgie thoracique
- Endoscopie respiratoire diagnostique et interventionnelle
- Laboratoire spécialisé en troubles respiratoires du sommeil
- Oncologie pulmonaire et guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon
- Physiologie respiratoire
- Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD)

OBÉSITÉ *

- Centre d'excellence en chirurgie bariatrique
- Cliniques ambulatoires de chirurgie bariatrique

MÉDECINE INTERNE ET SPÉCIALISÉE †

- Antibiothérapie intraveineuse à domicile
- Anticoagulothérapie
- Cardioversion électrique
- Clinique de plaies complexes
- Diabète
- Endoscopie digestive
- Hypertension pulmonaire
- Insuffisance rénale
- Maladies vasculaires

AUTRES SERVICES

- Bloc opératoire
- Gériatrie
- Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC)
- Prévention et réadaptation
- Soins palliatifs
- Télésanté et télépathologie
- Urgence

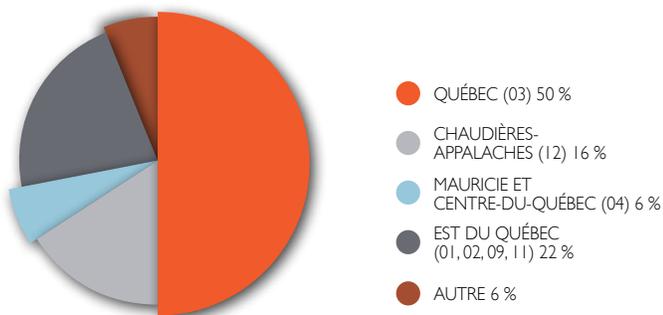
* Axes ultraspécialisées et suprarégionales

† Axes soins spécialisés et généraux

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT

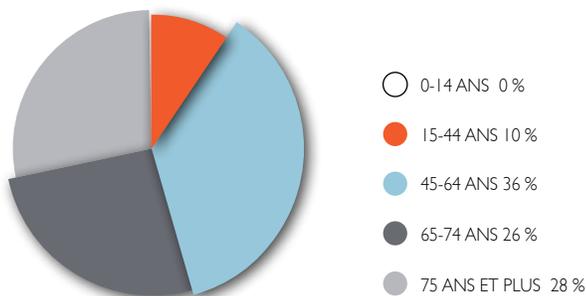
L'Institut dessert principalement la population du Centre-du-Québec et de l'est de la province, soit : Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Mauricie et Centre-du-Québec, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Côte-Nord. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2011-2012, 50,5 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 49,5 % est hors région.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS



Les hospitalisations ont connu une augmentation de 0,6 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 14 660* hospitalisations, pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,7 jours, par rapport à 14 575 * en 2010-2011, pour une DMS de 6,7 jours. Comme par les années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 61 % et 23 %. Les autres spécialités totalisent 16 % de la clientèle hospitalisée, dont 3 % pour les maladies liées à l'obésité.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE

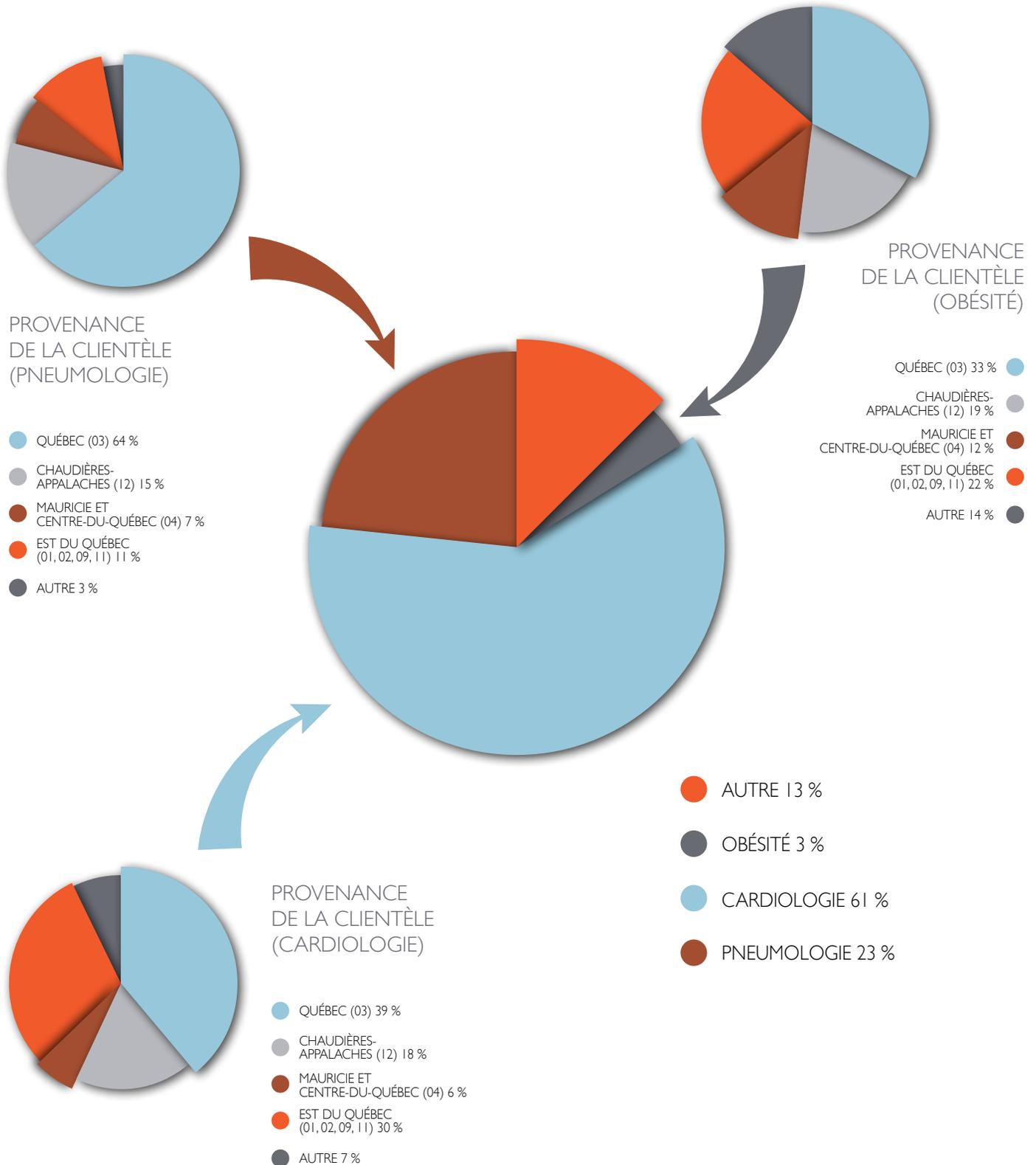


La moyenne d'âge globale des usagers hospitalisés est de 64,8 ans (65,4 ans féminin et 64,5 ans masculin). La répartition par groupe d'âge démontre également que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes âgées entre 45 et 64 ans, pour un taux de 36 %. Suit de près la tranche d'âge de 75 ans et plus, selon une proportion de 28 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées, telles la médecine interne et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites en mode ambulatoire totalisent 90 381 pour 32 436 usagers. Cela représente une légère diminution par rapport à 2010-2011, avec 92 258 visites pour 33 090 usagers.

* représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ





PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'Institut se préoccupe de l'état de santé de la population. Les intervenants de l'établissement analysent les données démographiques, en regard de sa mission hospitalière. À titre d'exemple, quelques constats sont dressés ci-après.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES¹ DÉCÈS PAR MALADIE CARDIOVASCULAIRE

Toutes les sept minutes, une personne succombe à une maladie du cœur ou à un AVC au Canada. Ces maladies représentent deux des trois principales causes de décès au pays.²

En 2008, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de :

- 29 % de tous les décès au Canada (69 945 décès);
- 28 % de tous les décès chez les hommes;
- 29,7 % de tous les décès chez les femmes.

Parmi tous les décès de cause cardiovasculaire :

- 54 % étaient attribuables aux maladies cardiaques ischémiques;
- 23 % aux crises cardiaques;
- 20 % aux AVC.

COÛT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies du cœur et les AVC coûtent à l'économie canadienne plus de 22,2 milliards de dollars annuellement en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité.³

HOSPITALISATIONS AU CANADA

En 2005-2006, il y a eu :³

- 160 323 hospitalisations pour cause de maladie cardiaque ischémique;
- 60 996 hospitalisations pour cause de crise cardiaque;
- 54 333 hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

CRISE CARDIAQUE

On estime à 70 000 le nombre de crises cardiaques à survenir chaque année au Canada. Jusqu'à 45 000 arrêts cardiaques se produisent chaque année, c'est-à-dire un arrêt cardiaque toutes les douze minutes.

FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire affecte environ 350 000 Canadiens dont 6 % sont âgés de 65 ans et plus.¹

INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

L'insuffisance cardiaque est à la hausse et l'on estime que 500 000 Canadiens vivent avec une insuffisance cardiaque.⁴

GREFFE CARDIAQUE

En 2010, des greffes cardiaques ont été réalisées dans cinq provinces : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse, pour un total de 167 greffes cardiaques effectuées au pays.¹ À l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, la moyenne annuelle est de 17 transplantations cardiaques.

PRESSION ARTÉRIELLE

Cinq millions de Canadiens adultes ont une pression artérielle élevée, ce qui représente 19 % de la population adulte.⁵ L'enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) indique que 53 % des Canadiens âgés entre de 60 et 79 ans souffrent d'hypertension artérielle. Les femmes qui en sont atteintes courent 3,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie du cœur que celles dont la pression artérielle est normale.⁶

MALADIES PULMONAIRES⁷

En 2008, 21 000 décès étaient attribuables aux effets de la pollution atmosphérique au Canada. Ce nombre pourrait atteindre 90 000 en 2031.⁸

AUGMENTATION DES MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES

Un poumon effectue quotidiennement 17 000 respirations. Plus de trois millions de Canadiens présentent une maladie respiratoire grave, telle que l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) comme la bronchite chronique et l'emphysème, le cancer du poumon, la tuberculose et la fibrose kystique.

ASTHME

L'asthme est la plus importante maladie respiratoire au pays. Le nombre d'asthmatiques a triplé depuis 1980. Aujourd'hui, près de trois millions de Canadiens en souffrent et au Québec, on estime à plus de 700 000 le nombre de personnes aux prises avec l'asthme.



MPOC

Au Canada, plus de 750 000 personnes souffrent d'une MPOC. C'est la quatrième cause de décès. Au Québec, ce nombre atteint 386 000 personnes. Une personne décède d'une MPOC toutes les heures, soit le tiers de l'ensemble des personnes qui meurent d'une maladie pulmonaire au pays. C'est au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que le taux de mortalité attribuable à une MPOC est le plus élevé. Le tabagisme est la principale cause de ces maladies, avec 90 % des cas. De 15 % à 25 % des fumeurs développeront une MPOC.

CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est une maladie causée par le développement désordonné de cellules anormales dans les poumons. Ces cellules anormales, dites cancéreuses, n'accomplissent plus les fonctions de cellules normales. Les hommes du Québec affichaient le plus haut taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé au Canada en 2006, avec un taux de 95,3 pour 100 000 habitants.⁹ La moyenne canadienne se situe à 69,6 pour 100 000 habitants.

Les femmes du Québec se situaient au milieu du classement, quant au taux d'incidence du cancer du poumon parmi les provinces canadiennes en 2006, avec un taux de 57,8 pour 100 000 habitants.¹⁰ La moyenne canadienne se situe à 50,3 pour 100 000 habitants. Le tabac est le plus grand responsable de cette maladie. La fumée du tabac, spécialement la fumée de cigarette, est reconnue cause principale du cancer du poumon. L'inhalation de la fumée secondaire présente également un risque de cancer chez les non-fumeurs en raison de ses agents cancérigènes.

TABAGISME

La dépendance au tabac est reconnue comme une maladie chronique. Le tabagisme est l'une des principales causes d'hospitalisation et de réadmission. Environ 90 % des cancers des poumons sont attribuables au tabagisme. Un fumeur actif présente un risque 20 fois plus élevé de développer un cancer du poumon qu'une personne n'ayant jamais fait usage de tabac.¹¹ En 2010, 17 % des Canadiens âgés de quinze ans et plus fumaient, ce qui représente environ 4,7 millions de Canadiens.¹² Après un infarctus du myocarde, l'abandon du tabac diminue les risques de mortalité de plus de 50 %.¹³

DÉCÈS CAUSÉS PAR LE TABAGISME ET LA FUMÉE SECONDAIRE

Le tabagisme contribue à plus de 37 000 décès chaque année au Canada, parmi lesquels quelque 11 000 sont reliés aux maladies du cœur et aux AVC (soit 29 % de tous les décès reliés au tabagisme qui sont attribuables aux maladies du cœur et aux AVC).¹⁴ Près de 6 300 non-fumeurs meurent chaque année à cause de l'exposition à la fumée secondaire.

MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ¹

Près de 60 % des adultes âgés de 18 ans et plus, ou 14,1 millions de Canadiens, ont un surpoids ou sont obèses. Près du quart des adultes canadiens âgés de 18 ans et plus (23 % ou 5,5 millions) sont obèses et une proportion additionnelle de 36 % ont un surplus de poids. Quelque 53 % des Canadiennes âgées de 18 ans et plus ont un surplus de poids ou sont obèses.¹⁵ Une plus grande proportion d'adultes sédentaires, surtout chez les femmes, ont un surplus de poids ou sont obèses comparativement aux adultes physiquement actifs. Au sein des provinces canadiennes, le Québec présente en 2009 une des proportions les moins élevées quant à la population de 18 ans et plus souffrant d'obésité, avec un taux de 16,9 %.¹⁶ La moyenne canadienne se situe à 17,9 %.

COÛTS DE L'OBÉSITÉ

En 2005, les problèmes de santé chroniques reliés à l'obésité représentaient 4,3 milliards de dollars en coûts directs (1,8 milliard) et indirects (2,5 milliards), des statistiques qui pourraient sous-estimer le coût total du surpoids au Canada.¹⁷

DÉCÈS ATTRIBUABLES À L'OBÉSITÉ

Entre 1985 et 2000, 57 000 décès au Canada ont été associés au surplus de poids et à l'obésité.¹⁸

DIABÈTE

Les chercheurs prévoient une augmentation des diagnostics de diabète à quelque 2,4 millions de cas d'ici l'an 2016.¹⁹ L'Association canadienne du diabète estime qu'environ 90 % des diabétiques souffrent de diabète de type 2. Six pour cent des Canadiennes âgées entre 46 et 64 ans ont reçu un diagnostic de diabète et cette proportion atteint 13 % chez les 65 ans et plus. Une femme atteinte de diabète de type 2 court huit fois plus de risques de maladie du cœur qu'une femme non diabétique.²⁰

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Près de la moitié (49,5 %) des Canadiens âgés de douze ans et plus signalent être sédentaires.³ Seulement 43 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont actifs; c'est le plus faible pourcentage de tous les groupes d'âge.²¹ On estime que si vous êtes sédentaire et que vous devenez actif, vous pouvez réduire vos risques de crise cardiaque de 35 % à 55 %.²²

COÛTS DE LA SÉDENTARITÉ

En 1999, les coûts de santé directs engendrés au Canada par la sédentarité atteignaient 2,1 milliards de dollars, soit environ 21 % des coûts de santé attribuables aux maladies coronariennes, aux AVC, à l'hypertension artérielle, au cancer du colon, au cancer du sein et au diabète.¹⁹

Les références complètes se trouvent à la page 128.

PRIORITÉS

ORGANISATIONNELLES 2011-2013*

PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE ET OPTIMISATION DES PROCESSUS

Pour maintenir et améliorer l'accessibilité ainsi que la continuité des services, il faut poursuivre les démarches d'optimisation des processus cliniques et administratifs. Ainsi, chaque direction doit s'investir et réaliser au moins une démarche structurée d'optimisation avec un suivi de l'atteinte des résultats. Les résultats visés doivent permettre l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'utilisation optimale des ressources investies. Il est primordial de s'inscrire dans une approche interdisciplinaire qui favorise le respect et l'utilisation optimale des compétences et des champs de pratique des différents professionnels. Le suivi et l'atteinte des cibles relatives à l'accès aux services et à la sécurité des usagers demeurent l'une des préoccupations constantes, notamment la lutte aux infections nosocomiales.

ENTREPRISE EN SANTÉ

Nous réaffirmons notre volonté d'assurer un milieu de travail stimulant et valorisant ainsi que contribuer à l'amélioration de la santé du personnel. Nous nous engageons, conjointement avec les instances professionnelles et syndicales, à mettre en œuvre des actions pour y parvenir, selon le cadre proposé par la démarche ENTREPRISE EN SANTÉ. Cette démarche, qui conduira à une certification du bureau de normalisation du Québec (BNQ), s'effectuera à l'intérieur de sphères : habitudes de vie, équilibre travail-vie personnelle, environnement de travail et pratiques de gestion. Le succès de cette démarche repose sur la contribution et la participation des instances de l'organisation et du personnel. Avec leur adhésion, nous établirons un plan d'action pour maintenir et améliorer, de façon durable, l'état de santé et le mieux-être du personnel et de notre organisation. Afin de favoriser la meilleure adhésion possible au sein de l'organisation, cette démarche se nomme « Notre institut en santé ».



AGRÉMENT CANADA

Les visiteurs d'Agrément Canada nous rendront visite en novembre 2012. Bien que nous travaillions continuellement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, la préparation de la visite demande, malgré tout, une planification minutieuse. Dès l'automne 2011, nous nous mettrons en œuvre pour préparer cette visite qui sera l'opportunité de démontrer à toute la population et à nos partenaires l'importance que nous accordons à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'à l'atteinte des plus hauts standards à cet effet.



CONSTRUCTION ET RÉNOVATION DES BÂTIMENTS

Plus que jamais, nous sommes confrontés aux limites imposées par nos infrastructures immobilières. Celles-ci constituent un obstacle majeur à la capacité de l'établissement à maintenir l'accès aux services d'une façon sécuritaire. Des travaux de construction et de rénovations majeures sont en cours et ils s'inscrivent dans une planification immobilière cohérente avec notre planification stratégique. Des investissements soutenus seront nécessaires pour continuer d'assurer notre mission en soins et en services, en enseignement et en recherche. Nous devons réaliser les travaux planifiés de façon soutenue pour respecter les échéanciers. La prochaine année sera déterminante pour obtenir les autorisations de l'Agence et du ministère, et particulièrement pour mettre en œuvre les agrandissements requis pour les salles d'électrophysiologie, la salle hybride de cardiologie interventionnelle, l'Urgence, l'imagerie médicale, le centre ambulatoire et l'unité coronarienne.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

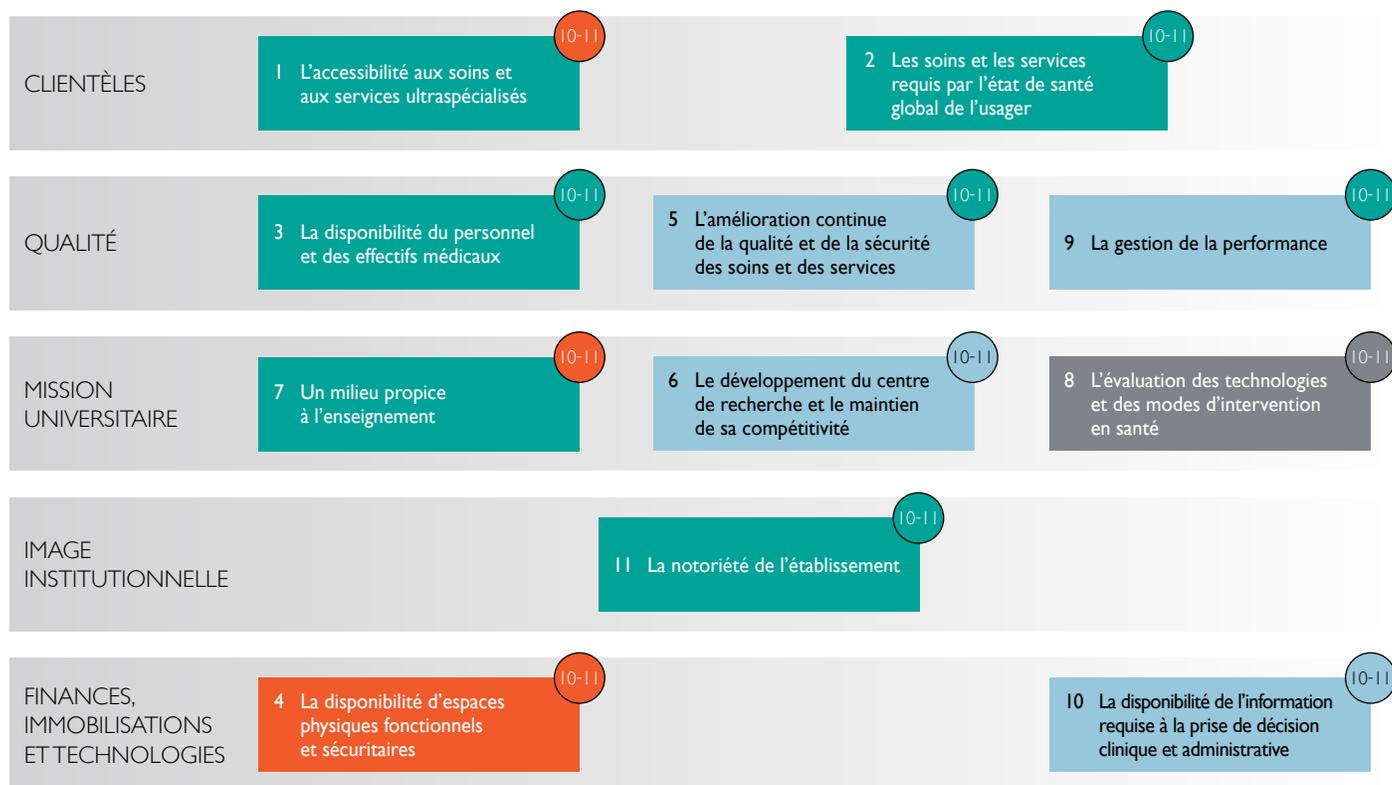
La disponibilité de l'information est essentielle pour l'efficacité et l'efficacités des services. En 2011, les technologies sont à notre portée et nous devons investir et modifier nos pratiques. C'est en collaboration avec le CHUQ et le CHA que nous déploierons au cours des prochaines années le dossier clinique informatisé (DCI/ Cristal-net) et que nous procéderons à la numérisation de nos archives. Ces outils n'apporteront une réelle valeur ajoutée que si nous acceptons de travailler différemment, donc de changer nos pratiques. Beaucoup d'efforts seront investis en ce sens : formation, révision des formulaires, organisation du travail, etc.

* Adoptées par le conseil d'administration le 4 octobre 2011.

CARTE STRATÉGIQUE

Suivi annuel des résultats et des indicateurs de performance en lien avec l'atteinte des objectifs du Plan stratégique 2008-2013

BILAN AU 31 MARS 2012 ENJEUX



Légende :

- : % de réalisation de 100 %
- : % de réalisation de 25 % à 49 %
- : % de réalisation de 75 % à 99 %
- : % de réalisation de moins de 24 %
- : non évalué
- 10-11 Résultats 2010-2011

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

L'Institut fait face à plusieurs enjeux et défis majeurs. Les changements sociaux, économiques et démographiques des dernières décennies ont engendré de nouvelles réalités affectant le paysage hospitalier. Capitalisant sur la compétence et le dévouement du personnel, des médecins et des chercheurs, sur le taux élevé de satisfaction de notre clientèle et sur nos services de haute qualité, nous avons identifié dans le Plan stratégique 2008-2013 onze enjeux à partir desquels ont été définis notamment nos orientations stratégiques.

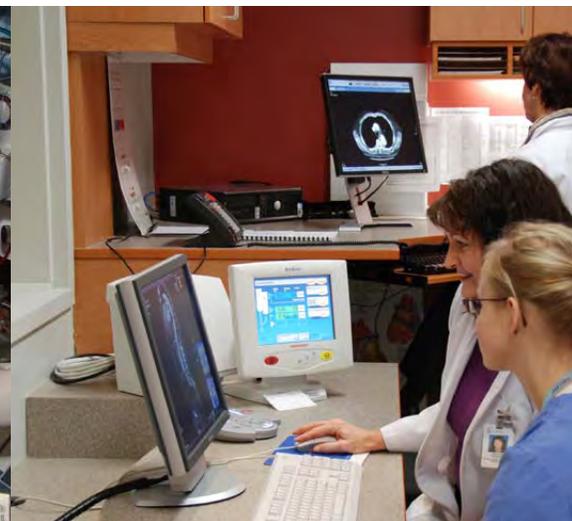
1 Enjeu un

L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

Étant le seul établissement à offrir des services ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité, il faut assurer à la population de notre territoire l'accessibilité aux traitements de pointe à l'intérieur des délais prescrits et de la hiérarchisation des soins. Dans un contexte de ressources limitées, il faut s'assurer que les solutions mises en œuvre garantissent une utilisation optimale des lits, des ressources humaines et des équipements médicaux spécialisés.

ORIENTATION :

CONSOLIDER ET DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ.



PARTENARIAT AVEC D'AUTRES CENTRES DE SANTÉ

Afin d'assurer ses pleines responsabilités dans sa mission de cardiologie tertiaire, de pneumologie et de chirurgie bariatrique, l'Institut a conclu des ententes de service pour venir en aide aux établissements du territoire RUIS-UL, pour qui ces services sont requis. Mentionnons, entre autres, les ententes suivantes :

- soutien au CHUS, en rupture de service pour la chirurgie cardiaque;
- transfert des usagers hospitalisés et cliniquement instables ayant besoin d'examen par résonance magnétique;
- couverture d'échographie cardiaque en urgence;
- Service de pathologie en soutien à plusieurs établissements (région 12).

NOUVEAUX LOCAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DENTAIRES

En juin 2011, le Service de médecine et de chirurgie dentaires débutait ses activités dans de nouveaux locaux. D'une superficie plus importante et un aménagement facilitant notamment les déplacements des usagers et du personnel, on y trouve deux salles de traitement équipées à la fine pointe de la technologie, dont l'une adaptée à la clientèle obèse. L'équipe œuvrant au sein de cette clinique est composée d'une dentiste et d'une assistante dentaire. Les traitements sont effectués les lundis, mercredis et vendredis, avec des consultations quotidiennes. La mission de ce service vise à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux usagers par la prévention des complications postchirurgicales telles l'endocardite et les différentes infections systémiques dont la source potentielle est la cavité buccale.

Les usagers pouvant bénéficier de ce service sont ceux hospitalisés en vue d'une chirurgie, ceux avec un problème bucco-dentaire, et ce, peu importe la spécialité, et les usagers en mode ambulatoire porteurs d'une problématique de santé en lien avec les services de pointe de l'Institut : usagers anticoagulés ayant besoin d'extraction, usagers porteurs de cœur mécanique, usagers dont la chimiothérapie est en cours pour traiter un cancer du poumon, et les usagers postchirurgie bariatrique avec une problématique particulière.

NOUVELLE INTERVENTION CHIRURGICALE À L'INSTITUT : REMPLACEMENT D'UN STIMULATEUR DIAPHRAGMATIQUE

D^r Éric Fréchette, chirurgien thoracique, a procédé à une intervention chirurgicale novatrice, qui consistait à implanter un stimulateur diaphragmatique chez un jeune usager atteint d'une hypoventilation centrale congénitale. Les personnes atteintes de cette maladie ne peuvent respirer de façon autonome et il nécessite le support d'un respirateur mécanique de façon continue. Durant les périodes d'utilisation, le stimulateur diaphragmatique permet de respirer adéquatement, sans recours au respirateur. Cette technologie revêt donc une importance cruciale pour cette clientèle, puisqu'elle permet de préserver leur autonomie relativement à leur mobilité et aux activités quotidiennes.

DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉSANTÉ

Depuis quelques années, plusieurs efforts ont été déployés pour favoriser l'intégration de la télésanté dans la pratique de soins et services. Ces efforts ont porté fruit et se concrétisent par une nette augmentation des sessions de visioconférences au sein de l'organisation. Afin de comptabiliser ces activités, celles-ci ont été divisées en quatre catégories :

- téléconsultation : consultation à distance, en présence ou non de l'usager;
- téléformation : formation continue et partage de connaissances visant à soutenir la pratique;
- téléenseignement : enseignement principalement destiné aux externes et aux résidents;
- administratif : rencontre à caractère organisationnel.



Le tableau suivant illustre le nombre de visioconférences réalisées durant la dernière année.

VISIOCONFÉRENCES			
Téléconsultation	Téléformation	Télé-enseignement	Administratif
102	152	83	29

AUGMENTATION DE L'ACCESSIBILITÉ :

- au cours de l'année, cinq nouveaux équipements de visioconférences ont été obtenus dans le cadre des projets de télésanté du RUIS-Laval, s'ajoutant aux quatre déjà en place;
- plus de 30 locaux sont maintenant câblés afin d'établir des sessions de visioconférence. De ceux-ci, six sont des nouveaux locaux du bâtiment modulaire de chirurgie bariatrique.

UTILISATION PAR PROGRAMME : PNEUMOLOGIE

- 50 présentations de cas en oncologie pulmonaire ont été réalisées, permettant aux spécialistes de plusieurs institutions de collaborer afin d'ajuster le plan de traitement d'usagers en investigation ou en suivi;
- 4 établissements du RUIS-LAVAL peuvent désormais profiter d'une offre de service de téléconsultation en apnée du sommeil.

CARDIOLOGIE

- les professionnels de la clinique des maladies de l'aorte thoracique réalisent régulièrement des téléconsultations en évaluation de diagnostic, en suivi postopératoire ou en suivi médical sans chirurgie. Ces consultations permettent aux chirurgiens d'interroger des usagers à distance, tout en visionnant les images de leur tomographie;
- l'enseignement préopératoire de chirurgie cardiaque, par le biais de visioconférences, a été mis de l'avant auprès des usagers résidant à proximité du CSSS de Beauce. Cette initiative a permis d'augmenter sensiblement le nombre d'usagers se présentant le jour même de leur chirurgie plutôt que la veille;
- le suivi des plaies postopératoires à distance, permettant une libération précoce des usagers, est maintenant possible grâce à l'acquisition d'une caméra dermatologique;
- l'analyse en temps réel, par les cardiologues de l'IUCPQ, d'échocardiographie à distance est maintenant disponible. Quelques consultations ont été réalisées et des ententes de service ont été conclues avec les CSSS de Sept-Îles et de Beauce.

Les résultats sont fort intéressants et prometteurs. Au cours des prochaines années, l'utilisation de la télésanté sera optimisée. Cette nouvelle technologie doit être intégrée à la pratique courante des professionnels afin d'améliorer la continuité des soins et l'accessibilité des services.

PREMIÈRE CLINIQUE DE GÉNÉTIQUE CARDIOVASCULAIRE

Les électrophysiologistes, souvent confrontés au défi du diagnostic et de la gestion des troubles du rythme cardiaque héréditaires, jugeaient nécessaire de pouvoir obtenir, dans notre milieu, une expertise génétique. C'est donc avec plaisir que nous avons accueilli, le 23 septembre dernier, le Dr Bruno Maranda, généticien et directeur du Service de génétique du CHUS. Il effectue depuis des consultations à l'Institut tous les trois mois et 13 nouveaux usagers sont évalués à chaque clinique. Un électrophysiologiste est disponible lors de cette clinique afin de répondre, s'il y a lieu, au questionnement du généticien ou de revoir l'usager après la rencontre avec celui-ci. La coordination est assurée par l'infirmière clinicienne en électrophysiologie. Les usagers apprécient grandement ce nouveau service offert à l'IUCPQ. Suite à l'évaluation du généticien, lorsqu'un dépistage génétique est recommandé, l'usager est invité à signer un formulaire de consentement pour une analyse génétique. La prise de sang est réalisée le jour même au centre de prélèvement. Ensuite, le personnel du Service de biochimie spéciale traite l'échantillon puis l'achemine aux divers centres d'analyse principalement situés hors Québec et hors Canada. Le coût de ces tests est assumé par la RAMQ.

PRESTATION DE SERVICE – LIAISON ET SERVICE SOCIAL

En juin dernier, les CSSS Vieille-Capitale et de Québec Nord ont revu leur offre de service afin de rendre disponible le guichet d'accès du soutien à domicile sept jours sur sept. Considérant que nos clientèles pouvaient, dès lors, être référées vers ces points de service également sur fin de semaine, l'offre de service pour le secteur de la liaison et du service social a également été revue. Un projet pilote a été réalisé entre le 17 septembre et le 31 mars, intégrant un travailleur social et une infirmière de liaison les samedis.

Au terme du projet certains constats ont été observés :

- les références se font majoritairement sur semaine;
- la capacité d'anticiper les départs le vendredi ou de les récupérer le lundi demeure dans la pratique du Service de liaison;
- les demandes de référence devant être répondues le samedi sont peu fréquentes;
- la répartition des ressources liaison et Service social pour offrir une couverture le samedi réduit le nombre d'intervenants en place sur semaine où le volume d'activités est plus important.

Devant ce constat, le projet a pris fin et les ressources ont été affectées selon le niveau d'activités qui prévaut dans l'établissement.

2 Enjeu deux

LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER

Tout en assurant une accessibilité accrue à nos services ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité, il faut offrir un service d'Urgence à une population locale ainsi que des services généraux et spécialisés qui favorisent une approche de santé globale et continue. De plus, il faut conserver un milieu de pratique intéressant et valorisant pour l'ensemble des intervenants et maintenir les acquis en matière d'enseignement.

ORIENTATION :

CONSOLIDER LES SOINS ET LES SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS.

L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

Au printemps 2011, l'Institut amorçait ses travaux pour s'inscrire dans une démarche organisationnelle, permettant de revoir les soins et les services afin de répondre davantage aux besoins adaptés de la personne âgée en milieu hospitalier. Pour faciliter cette implantation, quatre priorités ont été mises de l'avant; un outil de dépistage de la clientèle à risque à l'Urgence, les mécanismes de suivi de cette clientèle tant à l'interne qu'à l'externe, la présence d'une travailleuse sociale à l'Urgence cinq jours sur sept et l'instauration d'un programme de marche systématique sur les unités de soins et les services. Cette approche adaptée prendra de l'ampleur au cours des prochaines années, avec un plan d'action triennal bien établi.



* Sujets qui auraient pu être traités également à l'enjeu 1.

GESTION DE L'ÉPISODE DE SOINS ET DE LA PLANIFICATION DE DÉPART*

Dans une démarche d'optimisation des processus de la Direction des programmes, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, le moment de l'annonce du départ de l'usager a été identifié comme ayant un impact majeur sur l'organisation des soins, ainsi que le personnel. Un plan de gestion de l'épisode de soins et de la planification de départ a été élaboré ayant pour principaux objectifs l'amélioration des processus cliniques durant l'hospitalisation et l'amélioration de la planification de départ sécuritaire de l'usager dans un contexte interdisciplinaire.

Depuis février, le médecin traitant détermine une date de départ, qui devient la cible pour tous les membres de l'équipe interdisciplinaire, et ce, très tôt après l'admission de l'usager. Ainsi, les intervenants planifient leurs interventions en prévision du départ sécuritaire de l'usager. La réussite de cette démarche repose sur la participation, la collaboration et la responsabilité de l'usager, ses proches et de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

REGROUPEMENT DE LA CLIENTÈLE AU PROGRAMME DE SANTÉ RESPIRATOIRE (CSP-CIT)*

À l'été 2011, considérant les problèmes d'infrastructures observés au pavillon Rousseau, la Direction de l'Institut a pris la décision de relocaliser l'ensemble des activités se déroulant dans ce secteur. Plusieurs activités du programme santé respiratoire ont été

transférées du côté du pavillon Laval. Afin d'éviter toute ambiguïté et de mieux définir la mission des services spécialisés et surspécialisés en pneumologie en mode ambulatoire, il a été proposé de modifier les appellations des secteurs. Le CSP est maintenant localisé au L25 et les cliniques des maladies pulmonaires (FK, asthmes, MPOC, HTP, maladie interstitielle, apnée du sommeil), de même que la Clinique d'investigation thoracique (CIT) sont localisées au L240. Cette clinique regroupe notamment les activités relatives aux consultations pour diverses clientèles souffrant de maladies respiratoires, au guichet de coordination et d'investigation en cancer du poumon, à l'investigation pulmonaire en externe et aux activités en oncologie médicale et chirurgicale. Ce nouveau mode de fonctionnement permet de circonscrire les activités du programme santé respiratoire et satisfaire davantage aux besoins de la clientèle.

MISE EN PLACE D'UN SERVICE D'ORTHOPHONIE

De 2005 à 2010, les demandes de services en orthophonie étaient traitées par une ressource externe, au secteur privée. Considérant l'augmentation des demandes et par conséquent, les coûts rattachés à la dispensation de ce service, il a été convenu, au printemps 2010, d'accorder un budget, correspondant à sept heures par semaine, pour la mise sur pied d'un Service d'orthophonie. Depuis mai 2010, l'Institut comptait sur la présence d'une orthophoniste à raison d'une journée par semaine. C'est en 2011-2012 que le Service d'orthophonie a pris son envol, avec plus de 90 interventions (73 demandes), des évaluations pour la plupart réalisées auprès d'une clientèle ayant été victime d'AVC ou ayant subi une trachéotomie. Cela représente une hausse de près de 74 % comparativement à l'année précédente.

L'orthophoniste, expert du langage, étudie, examine, évalue et traite les troubles de la voix, de la parole, du langage et de la fonction oropharyngée utilisant les moyens de suppléance requis. Considérant la clientèle desservie par notre établissement, il n'est pas surprenant de constater le nombre croissant des demandes. Le développement de tableaux de communication sur intranet, la disponibilité d'amplificateurs de l'audition pour les usagers et leurs proches, de même que l'acquisition d'aides technologiques à la communication sont quelques-uns des projets amorcés par l'orthophoniste.

OUVERTURE DE CINQ LITS DE SOINS PROGRESSIFS*

À la suite de l'ouverture du 3^e plateau technique temporaire en électrophysiologie, plusieurs changements sont survenus dans la répartition des lits de l'établissement. La répartition des lits en chirurgie cardiaque a été revue afin de mieux répondre aux besoins présents de la clientèle. Cinq lits de soins progressifs ont été ouverts dans l'unité des soins intensifs, afin d'assurer une meilleure fluidité des transferts et maintenir une offre de service optimale.

* Sujet qui aurait pu être traité également à l'enjeu 1.

Unité	Situation actuelle
	Nombre de lits dédiés chirurgie cardiaque
3 ^e Soins intensifs (SI)	20
3 ^e Soins progressifs (fusionné avec le 3 ^e SI)	5
3 ^e pavillon Central	39
6 ^e pavillon Central	0
Total	64

De par ce changement, l'organisation physique des lieux et les ressources humaines ont été révisées afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer à notre clientèle des soins de qualité et sécuritaires. Des critères d'admission en soins progressifs ont été établis, en partenariat avec l'équipe médicale. Par la suite, en collaboration avec l'équipe du 3^e pavillon Central, un programme d'intégration conjoint pour le personnel infirmier a été développé. Depuis octobre 2011, les cinq lits de soins progressifs sont actifs. Le taux d'occupation se situe à 93 % pour les six derniers mois. À ses débuts, ce projet avait soulevé certaines préoccupations pour le personnel clinique. Cependant, après six mois d'opération, les résultats sont positifs. Le projet de consolidation de l'offre de services en chirurgie cardiaque, par le mouvement interne des lits dédiés à la chirurgie cardiaque, est donc un objectif atteint. Un bel exemple de réalisation des intervenants du secteur de chirurgie cardiaque.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET RÉADAPTATION (ACTIVITÉS DU PPMC)

Le Pavillon de prévention des maladies cardiaques est le centre de réadaptation et de prévention des maladies cardiopulmonaires et métaboliques de l'Institut. Cette année, c'est près de 2 100 usagers ont eu recours aux différents services du PPMC, dont 51 % en prévention primaire, 39 % en prévention secondaire, 8 % en réadaptation cardiaque et 2 % en réadaptation pulmonaire. Mentionnons également que plus de 200 employés utilisent annuellement les services du PPMC. L'expertise de cette équipe a permis à la clientèle prégreffe et postgreffe cardiaque de même qu'aux usagers porteurs de cœurs mécaniques de bénéficier d'un programme d'entraînement adapté. Au cours de la dernière année, une vingtaine d'usagers ont eu recours à cette réadaptation. Grâce à l'implication marquée de l'équipe du PPMC, un projet pilote de clinique de réadaptation cardiaque a permis à des usagers post-infarctus et post-revascularisation d'obtenir un suivi rapproché et axé sur la réadaptation cardiaque. Depuis septembre, 80 usagers ont été encadrés par l'équipe de la clinique et 15 % de ces derniers se sont inscrits à leur frais au programme de réadaptation de ce service. Diverses activités ont aussi été organisées par le PPMC pour sensibiliser la population aux facteurs de risque de la maladie cardiaque et pulmonaire et au maintien des bonnes habitudes de vie : conférences grand public, cours de cuisine santé, cours de gestion du stress et relaxation et conférences portant sur le tabagisme. Plus de 200 personnes ont assisté à ces activités.

3 Enjeu trois

LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Dans le contexte actuel de pénurie de personnel et d'effectifs médicaux, il est impératif de développer des stratégies de rétention et d'attraction. Un environnement de travail attrayant et stimulant dans un contexte de pratique de haut niveau contribue à favoriser la rétention et le recrutement de personnes compétentes.

ORIENTATIONS :

CRÉER DES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉTENTION
ET À L'ATTRACTION DU PERSONNEL;

DÉVELOPPER UN MILIEU DE TRAVAIL STIMULANT
ET VALORISANT;

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA PRÉSENCE DU PERSONNEL;
DISPOSER DES EFFECTIFS MÉDICAUX NÉCESSAIRES POUR
RÉPONDRE AUX BESOINS DES USAGERS.

RECRUTEMENT MÉDICAL À L'URGENCE

L'Institut connaît une période difficile en regard des effectifs médicaux du Département de l'urgence. En effet, l'équipe d'urgentologues a vu ses effectifs diminuer de façon significative, en raison de circonstances diverses (départs, réorientation de carrière, maladie), en plus de la difficulté de recrutement, en partie liée à la surspécialisation de l'Institut. Des actions ont été prises à court et moyen termes afin de favoriser le recrutement et de stabiliser l'équipe d'urgentologues. À court terme, et encore à l'heure actuelle, nous faisons appel à une équipe régionale de médecins dépanneurs urgentologues qui, grâce à des règles administratives d'assouplissement, peuvent venir soutenir notre équipe. À moyen terme, des mesures de recrutement permanent ont été entreprises avec le ministère et l'Agence. Également, la création de deux postes de médecins spécialistes MU5 ont été octroyés au Département de médecine d'urgence. Ces spécialistes auront notamment pour mandat d'instaurer les volets d'enseignement et de recherche inhérents à la pratique dans un milieu surspécialisé.

De plus, l'annonce du réaménagement de l'Urgence fait en sorte qu'il y aura réorganisation des lieux physiques avec ajout de six civières. Enfin, pour consolider la mission en lien avec la révision des processus et le réaménagement des pratiques, une démarche « LEAN » sera entreprise à court terme. Malgré les problèmes vécus au cours de l'année et grâce à l'implication de l'équipe de l'Institut et des médecins dépanneurs, nous n'avons vécu aucune rupture de service.

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET DES RESSOURCES HUMAINES (DDORH)

La DDORH recherche les meilleurs candidats afin d'occuper des postes ou des assignations au sein de l'établissement. Pour y parvenir, plusieurs activités ont été réalisées afin de faire connaître notre établissement et d'attirer de futurs employés. Entre autres, des dîners-rencontres avec les stagiaires des 2^e et 3^e années en soins et sciences infirmières ont été effectués tout au long de la dernière année. Nous avons également participé

aux Salons de l'emploi et à d'autres journées carrières dans les institutions d'enseignement, notamment à l'Université Laval, le Cégep de Chicoutimi, le Collège Ahuntsic, le Centre de formation professionnelle Le Fierbourg, au Défi emploi jeunesse ainsi qu'à deux journées des « Jeunes explorateurs d'un jour ». Par ailleurs, une révision des processus d'embauche a été effectuée afin de diminuer les délais d'entrée en fonction. Cette année, les objectifs de recrutement, particulièrement en soins infirmiers, ont largement dépassé les attentes puisqu'au 31 mars 2012, 110 infirmiers et infirmières ont été embauchés. Dans la poursuite de l'utilisation des outils récents de communication, la caméra Internet a été fort utile pour réaliser des entrevues à distance avec des personnes ne vivant pas au Québec et même à l'extérieur du Canada. Grâce à son ouverture aux nouvelles technologies, l'Institut demeure un centre attractif pour les nouvelles recrues.

RÉTENTION

La rétention des employés est au cœur de nos préoccupations puisqu'elle vise le maintien et le développement de notre mission en matière de qualité et de sécurité des soins et services. Ainsi, au cours de la dernière année, le taux de rétention se situe à 74 %, ce qui indique une légère diminution par rapport à l'an dernier, avec 79,3 %. Une attention particulière sera portée afin d'améliorer la rétention du personnel.

DÉMARCHE ORGANISATIONNELLE POUR CONTRE LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Dans le contexte de pénurie des ressources humaines de notre milieu de travail, les différentes directions et les partenaires syndicaux de l'établissement ont exprimé leur ferme volonté de diminuer le recours au temps supplémentaire volontaire et de mettre fin au temps supplémentaire obligatoire. À cet égard, plusieurs actions ont été mises en place, dont l'autogestion des horaires et des quarts de travail de 12 heures.

À ce jour, mentionnons que toutes les unités de soins appliquent l'autogestion des horaires et qu'une seule unité, soit le 2^e Notre-Dame, offre l'horaire de travail de 12 heures, soit à temps partiel ou encore à temps plein, de façon ponctuelle. Quatre unités (3^e pavillon Central, 3^e Soins intensifs, Urgence et 7^e pavillon

Central) y ont recours, particulièrement la fin de semaine. Cette année, nous notons une diminution de 1 % du taux associé au temps supplémentaire de l'établissement, et ce, malgré une augmentation du taux d'occupation. Les travaux se poursuivront de façon intensive dans la prochaine année afin d'atteindre les objectifs fixés.

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2011-2012
CADRES	
Moins de 30 ans	2
30-39 ans	25
40-49 ans	37
50-54 ans	24
55 ans et plus	10
TOTAL	98
EMPLOYÉS	
Moins de 30 ans	674
30-39 ans	600
40-49 ans	513
50-54 ans	309
55 ans et plus	223
TOTAL	2 319
Départs à la retraite	45
Départs (excluant les retraites)	229
TOTAL (DÉPARTS)	274
EMBAUCHES	304
EFFECTIFS MÉDICAUX	
Total effectifs médicaux	148
Spécialistes	208
Omnipraticiens	36
BÉNÉVOLES	
Nombre total de bénévoles	88

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2011-2012	2010-2011
CADRES (AU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	95	92
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	2
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	s.o.	s.o.
EMPLOYÉS RÉGULIERS (AU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 266	1 262
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	292	299
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
EMPLOYÉS OCCASIONNELS (INCLUS LES STATUTS TCT ET TPT)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 206 183	1 053 663
Équivalents temps complet	658	577

Par ailleurs, en matière de gestion des ressources humaines, les priorités évoluent d'année en année. Bien que le recrutement et la rétention des employés demeurent des incontournables, d'autres sphères se hissent également au sommet des priorités. Organiser la transmission des savoirs, accompagner les transformations et optimiser l'organisation du travail sont des dossiers sur quoi les directions des ressources humaines se penchent de plus en plus dans les organisations. À l'Institut, nous sommes déjà dans l'action. Pensons notamment au programme de préceptorat mis en place déjà depuis quelques années, à l'évaluation des moyens pour réduire le recours au temps supplémentaire obligatoire, au programme d'identification et développement de la relève des cadres intermédiaires ou encore aux divers projets d'optimisation des processus.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL

DÉMARCHE DE CERTIFICATION DE LA NORME CSA-Z-1000-06

Au cours de l'année 2011, la démarche d'implantation du système de management de la santé et de la sécurité au travail (SMSST) s'est poursuivie. L'identification des risques est presque complétée pour l'ensemble des services. L'échéancier a été révisé et les travaux devraient être finalisés en décembre 2013.

FORMATION PDSB (PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES)

Des efforts ont été déployés afin que des formations PDSB soient disponibles à un plus grand nombre d'employés. Trois nouveaux instructeurs PDSB ont été formés, ce qui a permis d'offrir la formation à 110 employés du personnel infirmier et à 42 employés du Service d'imagerie médicale. Cette année, près de 800 tests d'ajustement de masque N95 ont été effectués, incluant les nouveaux employés. Une formation sur la sécurité des laboratoires et le SIMDUT (système d'information des matières dangereuses utilisées en milieu de travail) a été offerte à 278 employés du Centre de recherche. Onze agents de sécurité et quatre employés polyvalents de l'Institut ont reçu la formation « code brun » incluse dans le SIMDUT.

RÉAFFECTATION DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES

Depuis les quatre dernières années, l'établissement favorise la réaffectation des travailleuses enceintes. Un travail de collaboration a été effectué en janvier 2012 pour l'élaboration d'un document de référence sur les lignes directrices de la réaffectation des travailleuses enceintes. Des précisions ont été apportées quant à la durée de la réaffectation et les heures qui ont à être travaillées. Cet exercice visait l'équité entre les travailleuses et l'optimisation des ressources humaines.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Rappelons que le ratio d'assurance salaire est calculé en divisant le nombre d'heures d'absence en assurance salaire par le nombre d'heures travaillées. Bien que ce ratio se soit maintenu sous la cible fixée de l'entente de gestion entre P1 et P7, une hausse marquée a

ÉVOLUTION DU RATIO D'ASSURANCE SALAIRE

	2011-2012	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Ratio IUCPQ	5,14	4,59 %	4,93 %	5,57 %	5,27 %
Ratio Capitale-Nationale	ND	5,64 %	5,49 %	5,68 %	5,65 %
Ratio des CHSGS publics	ND	4,97 %	4,91 %	4,91 %	4,98 %

été observée entre P7 et P11. En 2011-2012, le taux est de 5,14 alors qu'il était de 4,59 l'année précédente. Une analyse en profondeur sera faite pour déterminer les causes de cette hausse, ce qui permettra de prendre les actions nécessaires pour atteindre la cible fixée.

RÉGIME DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)

Les employés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont indemnisés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Ainsi, durant l'année, il y a eu 369 déclarations d'événement avec ou sans perte de temps, alors que l'an dernier, 345 événements avaient été déclarés pour la même période. De ce nombre, 99 événements sont survenus durant la mobilisation d'utilisateurs et 26 ont causé une perte de temps. Ce type de blessure représente donc 27 % de l'ensemble des événements déclarés au cours de l'année. L'an dernier, 115 événements liés à la mobilisation d'utilisateurs étaient survenus, dont 27 avec une perte de temps. Concernant l'exposition aux liquides biologiques, 52 expositions ont été déclarées durant l'année, comparativement à 58 à la même période l'année dernière. Il s'agit donc d'une diminution de 10 % par rapport à l'an dernier.

PROGRAMME D'IDENTIFICATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA RELÈVE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Des plans de développement individuels ont été élaborés pour chacune des personnes qui constituent notre première cohorte de relève-cadre. Ces plans, établis en collaboration avec les supérieurs immédiats, visent à permettre aux candidats à la relève-cadre de développer leur plein potentiel. Des dix personnes retenues pour la première cohorte, cinq ont accédé à un poste-cadre au cours de la dernière année. La deuxième cohorte sera lancée à l'automne 2012.

GESTION DES COMPÉTENCES

Dans le but de soutenir la formation continue, plus de 500 000 \$ ont été investis à ce jour pour l'année en cours, représentant plus de 1 500 présences à différentes activités de formation.

NOTRE INSTITUT EN SANTÉ

Au cours de l'année dernière, la direction de l'Institut, appuyée par le conseil d'administration et les différentes instances, débutait l'implantation de la norme « Entreprise en santé ». Cette norme a pour principal objectif de mettre en place un ensemble d'actions qui contribue de façon significative à la santé des personnes œuvrant au sein de notre organisation.



Un sondage a été réalisé en février dernier pour connaître la perception du personnel en lien avec leur santé et leur mieux-être au travail. 1 437 questionnaires ont été remplis pour un taux de réponse de plus de 51 %. Les prochaines étapes consisteront à mettre en œuvre des actions permettant de répondre aux préoccupations du personnel et à en évaluer les effets.

4 Enjeu quatre

LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES

Bien que dans un bon état, les infrastructures immobilières ne répondent plus aux besoins actuels et futurs. L'exiguïté des locaux, le manque généralisé d'espace et l'existence de chambres à occupation multiple sont autant de lacunes auxquelles l'établissement doit faire face afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

ORIENTATIONS :

POURSUIVRE LES DÉMARCHES POUR LA RÉALISATION
DU PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER;

APPORTER À COURT TERME DES SOLUTIONS POUR
AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SOUTENIR
LE DÉVELOPPEMENT ET LA CONSOLIDATION DE
L'OFFRE DE SERVICE.



OUVERTURE DU NOUVEAU PAVILLON DE CHIRURGIE BARIATRIQUE ET DE MÉDECINE INTERNE

En janvier, la clinique externe de chirurgie bariatrique située près de l'Urgence et au pavillon Laval, déménageait vers un nouveau bâtiment, le pavillon F. Les espaces de ce pavillon sont consacrés aux activités de la clinique externe de chirurgie bariatrique et comprennent également quatre salles de consultations de résidents en médecine interne. La création de ces nouveaux espaces est le fruit du travail de plusieurs intervenants de l'établissement ainsi que de collaborateurs externes. Il comprend des salles d'examen et des bureaux de consultation adaptés aux usagers qui permettront un meilleur service à la clientèle via des espaces plus spacieux et sécuritaire.



INVESTISSEMENT EN ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

Grâce à une enveloppe de maintien des équipements médicaux de 5 M\$ obtenue du MSSS et à diverses subventions totalisant près de 80 000 \$, de nouveaux équipements ont été acquis pour une valeur totale d'environ 5,3 M\$. Voici les principaux projets réalisés :

- remplacement de deux appareils d'anesthésie par des appareils mobiles;
- remplacement de deux systèmes d'épreuve à l'effort et ajout d'une console pour l'échographie cardiaque à l'effort;

- remplacement d'un stérilisateur à la vapeur et d'un stérilisateur à l'ozone;
- acquisition de deux appareils Doppler pour vessie;
- acquisition d'une table de chirurgie bariatrique permettant de supporter jusqu'à 450 kg (1 000 livres);
- remplacement de deux systèmes d'endoscopie;
- remplacement d'un appareil de radioscopie mobile;
- acquisition d'un pédalier spécifique pour la réadaptation;
- acquisition de deux appareils d'hémodialyse et de deux fauteuils spécialisés pour les traitements d'hémodialyse;
- remplacement de six appareils d'électrochirurgie;
- remplacement d'équipements de laboratoires (système d'analyse d'hémostase, scies à autopsie, microscopes, réfrigérateurs et incubateurs);
- remplacement d'équipements de soins infirmiers (civière, lits électriques, fauteuils roulants, pèse-personnes, stéthoscopes, Doppler, pompes, pousse-seringues et pompe d'analgésie contrôlée par l'utilisateur).

PAVILLON ROUSSEAU

La découverte de malfaçons sur la structure, datant de l'époque de la construction de l'édifice, a obligé à procéder à la désaffectation du pavillon Rousseau. La décision de désaffecter le Rousseau s'est faite en considération du fait que les coûts de réhabilitation sont comparables aux coûts de construction d'un bâtiment neuf. La désaffectation a pu se faire sans impact sur la clientèle. Toutefois, la relocalisation de certains services, notamment les archives a occasionné une perte d'efficacité. Rappelons que cette perte de 35 000 pi² doit s'apprécier dans le contexte de l'établissement qui est en déficit global d'espace de près de 360 000 pi².



RÉAMÉNAGEMENT ET TRANSFERT DE SERVICES CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

L'établissement a poursuivi les démarches visant à déménager au pavillon Marguerite-d'Youville les services administratifs, de sorte à libérer au pavillon central des espaces pour les activités cliniques. Dans la dernière année, les services suivants ont été déménagés :

- Analystes en informatique;
- Archives;
- Direction des programmes;
- Direction des services multientèles;
- Direction de l'enseignement universitaire;
- Direction des ressources financières.

RÉNOVATION DE LA CAFÉTÉRIA

Rendu nécessaire par la fin de vie du lave-vaisselle, le réaménagement de la laverie et de la cafétéria a débuté à l'automne 2011 pour se terminer au printemps. En plus d'améliorer d'une façon significative les conditions de travail des employés affectés au lavage de la vaisselle et du secteur de la distribution, l'ensemble du personnel de l'établissement peut bénéficier d'une salle à manger plus vaste et offrant une vue imprenable sur les Laurentides.



PDI

Les démarches visant à actualiser les travaux de l'étape I du PDI se sont poursuivies. Nous avons complété la rédaction des plans fonctionnels et techniques pour les deux projets constituant cette première étape : agrandissement en façade pour consolider et développer (3^e salle d'EEP) les activités d'électrophysiologie et agrandissement au-dessus du garage de l'Urgence pour consolider et développer (2^e tomo) les activités du Service d'imagerie médicale. Nous prévoyons obtenir les autorisations pour poursuivre avec les plans et devis au cours du premier semestre de 2013.



PROJET DE VALORISATION AU 3^e NOTRE-DAME

Au cours de l'été dernier, l'unité du 3^e Notre-Dame a bénéficié d'un projet de valorisation financé par le comité des usagers de l'Institut. Les aménagements apportés permettent de mieux répondre aux besoins de la clientèle gériatrique et sont conformes aux recommandations du Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Parmi les améliorations apportées, mentionnons entre autres la couleur des murs qui apporte une meilleure luminosité, l'ajout de lumières et veilleuses ainsi que de panneaux permettant l'identification des chambres et des garde-robes. Ces modifications assurent un environnement plus sécuritaire en favorisant l'orientation des usagers et la diminution du risque de chute.

SALLE D'AUTOPSIE

En suivi des recommandations émises par Agrément Canada à leur plus récente visite, des travaux ont été réalisés à la salle d'autopsie et à la salle de toilette et douche annexe. Ce projet visait à remplacer les mobiliers par des équipements en acier inoxydable, le rafraîchissement des finis architecturaux (céramique, peinture et plafond), l'amélioration de l'éclairage, la mise aux normes des services électriques, de plomberie et mécaniques (ventilation et air climatisé), et ce, en respect des normes d'ergonomie du travail. La conception et la disposition des mobiliers dans les locaux ont permis de corriger les surfaces de travail en regard des biorisques. Une entente de service avec le laboratoire d'anatomopathologie du CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus a permis de maintenir notre offre de service, en réalisant les autopsies et les cas de coroner dans leurs locaux par l'équipe de notre établissement.

5 Enjeu cinq

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Pour soutenir sa culture d'excellence, l'établissement doit mettre en place une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de façon à offrir à sa clientèle les meilleurs soins possibles dans un environnement sécuritaire pour l'utilisateur et le personnel.

ORIENTATIONS :

RENFORCER NOTRE APPROCHE EN MATIÈRE DE QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES;

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES;

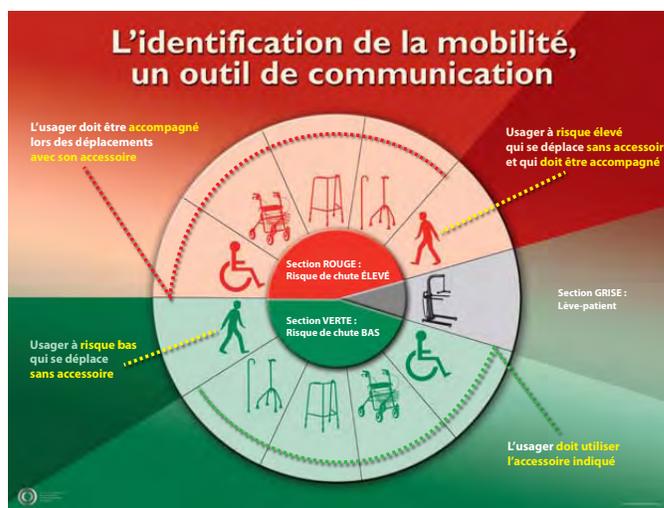
ASSURER UNE PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS.

PRÉVENTION DES CHUTES

Le comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et la réduction des mesures de contrôle a poursuivi la consolidation de la stratégie de prévention des chutes. Le soutien clinique et les capsules de suivis ont permis de renforcer le dépistage du risque de chute dès l'admission, la personnalisation des interventions pour les personnes à risque, la communication entre les membres de l'équipe et l'identification de la mobilité de la personne à son chevet. Des séances de formation ont aussi été intégrées au programme d'orientation générale pour les nouveaux membres du personnel infirmier. De plus, une journée d'activités sur l'outil d'identification de la mobilité et la sécurité de l'environnement immédiat de l'utilisateur a permis de sensibiliser les intervenants de l'établissement et les familles à l'importance de la prévention des chutes. Enfin, puisque les benzodiazépines ont une incidence sur le risque de chute, une note de la pharmacie est maintenant insérée au dossier de l'utilisateur, lorsque pertinente. Finalement, en lien avec l'approche adaptée à la personne âgée, les utilisateurs à risque de chute sont priorités à l'intérieur du programme de marche des unités de soins.

INSPECTION PROFESSIONNELLE

Dans le cadre de l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Direction des soins infirmiers (DSI), en collaboration avec la Direction des



programmes et la Direction des services multiclientèles, a procédé, à l'automne 2011, à l'évaluation de la compétence professionnelle du personnel infirmier pour les situations cliniques de l'utilisateur à risque de chute, de celui présentant de la douleur et de la norme de documentation du plan thérapeutique infirmier. Globalement, les résultats des autoévaluations de novembre 2011 révèlent l'atteinte des objectifs visés au plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier pour les situations cliniques 1) du client à risque de chute et 2) du client présentant une douleur

et 3) pour la documentation du PTI général. La DSI a également fait l'objet de la visite de l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) au printemps 2011. Selon le rapport de vérification de l'OIIAQ, les pratiques des infirmières auxiliaires sont conformes aux normes et standards de cette profession.

- le taux moyen de transmission nosocomiale d'ERV s'élève à 1,1 /10 000 jours-présence, soit le même taux que l'an dernier. En mai, la découverte de deux cas d'ERV d'acquisition nosocomiale dans deux unités distinctes a généré une recherche étendue des contacts et six nouveaux cas d'ERV ont été détectés à ce moment.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

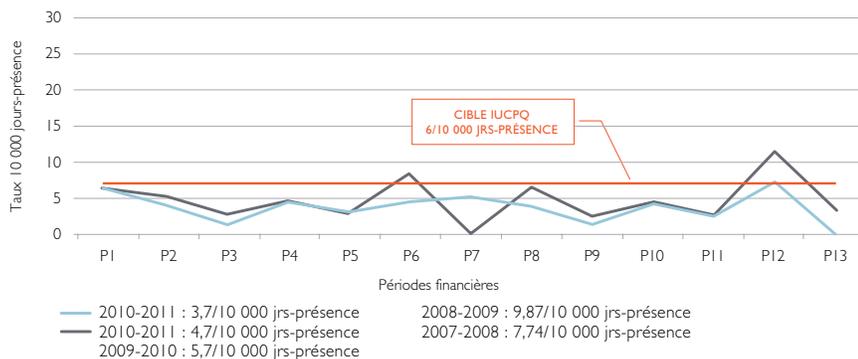
Les activités entourant la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la gestion d'éclotions ont occupé une forte majorité des ressources en PCI de l'Institut. Voici les faits saillants :

- le taux moyen de transmission nosocomiale du SARM a diminué de 30 % par rapport à l'année dernière, pour atteindre un taux inégalé de 3,7/10 000 jours-présence;
- le taux moyen des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'acquisition nosocomiale a augmenté de 43 %, en raison d'une écloison qui a touché simultanément l'ensemble des secteurs de l'Institut, pour atteindre un taux moyen de 8,7/10 000 jours-présence, soit un taux légèrement en deçà de la cible fixée;
- malgré la transmission du virus de la gastro-entérite aux professionnels de soins, les trois écloisions de gastro-entérite ont été détectées et maîtrisées rapidement;

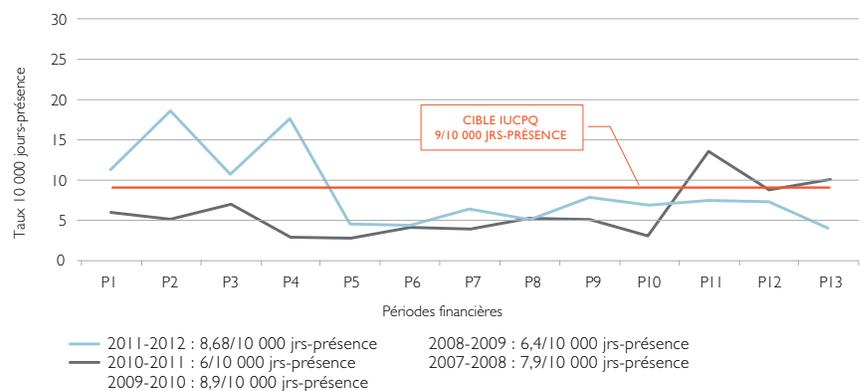


ÉQUIPE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS : MYRANCE MAIHOT, CONSEILLÈRE CADRE EN PCI PAR INTÉRIM, HÉLÈNE BEAULIEU, INFIRMIÈRE EN PCI, BIANKA PAQUET BOLDUC, RESPONSABLE DU PROGRAMME DE PCI, MIREILLE PELLETIER, CONSEILLÈRE EN PCI PAR INTÉRIM, SYLVIE MCDONALD, AGENTE ADMINISTRATIVE, LORI CÔTÉ, CONSEILLÈRE EN PCI, DR YVES LONGTIN, MICROBIOLOGISTE INFECTIOLOGUE

TAUX SARM NOSOCOMIALE PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE FINANCIÈRE



TAUX DACD D'ACQUISITION NOSOCOMIALE PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE FINANCIÈRE



Dans un souci de bonifier les pratiques entourant la gestion d'éclousions, un code d'alerte a été instauré afin de diminuer la transmission nosocomiale par l'application de procédures spécifiques en temps opportun. Un outil associé à ce code d'alerte est disponible sur le babillard d'intranet et il permet aux employés d'être informés en temps réel de la situation épidémiologique qui prévaut dans l'établissement. Une fois de plus, l'accent a été mis sur une pratique organisationnelle requise (POR) en PCI : l'hygiène des mains. En effet, une approche multimodale, axée sur la formation du personnel, la promotion de l'hygiène des mains, la rétroaction des données et le soutien institutionnel, a été réalisée afin d'augmenter la compliance des professionnels à cette activité primordiale pour la sécurité des usagers.

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est reconnu comme étant une priorité stratégique pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins de santé. Il s'agit d'une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada. Le BCM s'avère un processus structuré pour lequel les prestataires de soins travaillent en partenariat avec l'utilisateur et ses proches afin d'assurer un transfert précis et complet des renseignements relatifs aux médicaments aux points de transition. Il vise à dresser une liste complète des médicaments pris à domicile par l'utilisateur et à comparer les divergences entre cette liste et les ordonnances émises à l'admission, au transfert, au départ et en suivi ambulatoire. Le modèle organisationnel retenu, présenté dans la procédure relative à la réalisation du bilan comparatif des médicaments, est l'informatisation de l'histoire pharmacothérapeutique permettant au prescripteur d'utiliser un formulaire préimprimé pour rédiger ses ordonnances au transfert et au départ. Un BCM informatisé a été mis en place pour les trajectoires de chirurgie cardiaque et de chirurgie bariatrique. Actuellement, un BCM manuscrit est réalisé pour 50 % de la clientèle admise par l'Urgence.

DÉPLOIEMENT DES MONITEURS DE SIGNES VITAUX

Cette année, dans le cadre d'un projet de remplacement et d'ajout de moniteurs de signes vitaux, l'ensemble des chambres des unités de soins a été doté d'un appareil mural permettant la prise de tension artérielle et la saturométrie selon un ratio d'un appareil pour deux usagers. Ces installations, en plus de permettre un meilleur contrôle de la lutte à la transmission des maladies nosocomiales, permettent de libérer les corridors des unités et facilitent le travail des infirmières qui n'ont plus à chercher un appareil disponible avant de se rendre au chevet de l'utilisateur.

POLITIQUE ALIMENTAIRE

La politique alimentaire pour une saine alimentation s'inscrit dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* du gouvernement du Québec. Ce plan vise à améliorer la qualité de vie des Québécois en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, dont un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation. Par cette politique, l'organisation vise à assurer la création et le maintien d'un environnement alimentaire favorable à la santé et au bien-être des usagers, visiteurs, employés, médecins, stagiaires et bénévoles. La rédaction de la politique s'est faite grâce au concours d'un groupe de travail de onze membres, venant de plusieurs directions. Les travaux effectués par ce groupe, à l'automne 2010, ont permis l'élaboration d'une première version de la politique. Par la suite, nous avons effectué des consultations auprès du comité multidisciplinaire (CM), du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII), des cadres, du comité des usagers et de l'Association des bénévoles. Les commentaires obtenus ont permis de bonifier la politique, soumise ensuite aux syndicats qui s'en sont déclarés satisfaits.

IMPLANTATION DU LOGICIEL SERVIX DÉSINFECTION

Ayant pour objectif d'améliorer l'acheminement des demandes visant les désinfections et la « priorisation » de celles-ci, le secteur de l'hygiène et salubrité a implanté le logiciel « Servix désinfection » au mois d'octobre. Une technologie permettant d'obtenir des informations sur l'ensemble des chambres de l'Institut, de même qu'un portrait juste et réaliste des demandes. Ce changement nous dote de nouveaux outils pour assurer à notre clientèle un environnement sain, propre et sécuritaire qui respecte les normes et techniques de travail approuvées. Il standardise la transmission d'informations et permet une communication efficace sans intermédiaire, 7 jours sur 7, 24 heures par jour. Il nous est désormais possible d'analyser plusieurs rapports concernant les différents types de désinfection par jour. Nous sommes donc en mesure d'effectuer un suivi rigoureux de l'exécution et de la qualité du travail réalisés et y apporter les ajustements au besoin.

IMPLICATION DES PNEUMOLOGUES AUX SOINS INTENSIFS DE CHIRURGIE CARDIAQUE

Depuis septembre 2010, quatre membres du Service de pneumologie se sont joints à une équipe interdisciplinaire maintenant composée de 12 intensivistes assurant une couverture permanente des unités de soins intensifs de chirurgie cardiaque. Geste audacieux, il s'inscrit dans la ferme volonté du Service de pneumologie de permettre à ses membres de concilier leurs ambitions de carrière aux meilleurs intérêts des missions de l'établissement. La réorganisation des soins de chirurgie cardiaque aura rapidement produit ses effets, permettant une trajectoire-usager plus efficiente autour de laquelle s'activent maintenant des résidents encadrés par un programme d'enseignement hautement apprécié. La réorganisation aura également contribué à ce que notre programme de chirurgie cardiaque de l'Institut enregistre les meilleurs taux de succès et de sécurité au pays. Le Service de pneumologie continue d'investir dans l'excellence tout en repoussant ses frontières.

AGRÉMENT CANADA

À l'issue de la visite d'Agrément Canada réalisée en novembre 2009, les équipes d'amélioration continue en place ont réalisé d'importants travaux afin de répondre aux exigences associées aux critères jugés non conformes et de soumettre les « preuves » des mesures prises. Un dernier rapport, daté du 19 avril 2011, a été soumis à Agrément Canada aux fins d'examen afin de prouver la conformité aux exigences concernant la norme des laboratoires et banques de sang. Ce rapport fait état des réalisations suivantes :

- le centre de prélèvement est maintenant doté d'une salle de toilettes adaptée pour la clientèle handicapée;
- un dispositif électronique contrôle l'accès aux laboratoires;
- la salle d'autopsie est réaménagée et les nouvelles surfaces de travail facilitent la décontamination.

Le cycle d'amélioration de la qualité se poursuit en prévision de la prochaine visite qui aura lieu en novembre 2012. Pour l'occasion, l'établissement accueillera de nouveau les visiteurs d'Agrément Canada, organisme d'accréditation reconnu dans le domaine de la santé. Au cours de l'année, les équipes qualité/performance ont commencé leurs travaux en effectuant la revue des nouvelles normes en vigueur. Plusieurs activités ont été réalisées dans le but d'implanter et de consolider les pratiques organisationnelles requises (POR) et les normes d'excellence, et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

Activités réalisées à ce jour :

- présentation de la démarche d'agrément;
- sélection des normes adaptées à l'offre de services;
- début des travaux d'élaboration des plans d'action et mise en œuvre de ces plans;
- évaluation de la culture de sécurité et des normes d'excellence.

Les visiteurs seront donc à nouveau avec nous afin d'observer et d'évaluer dans quelle mesure les normes sont respectées. Ils examineront également les 33 pratiques organisationnelles requises reconnues pour leur répercussion importante sur la sécurité des usagers ainsi que la qualité des soins et des services.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

La satisfaction de la clientèle est au cœur des préoccupations du personnel et des médecins de l'Institut. En effet, à chaque année une vaste enquête est réalisée auprès de nos usagers. Interrogés par le biais d'un sondage qui leur a été expédié à l'issue de leur hospitalisation, 1 576 usagers nous ont fait connaître leur opinion sur la qualité des soins et des services reçus lors de leur séjour à l'Institut. Encore une fois, la satisfaction est au rendez-vous pour 91 % de notre clientèle.

En dépit de l'excellence des résultats, quelques pistes d'amélioration ont été ciblées et seront intégrées au plan d'amélioration continue de l'établissement. Du simple merci aux félicitations les plus vives, les répondants ont été nombreux à souligner la qualité des soins et des services, le professionnalisme ainsi que la chaleur démontrés par le personnel.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité demeure une responsabilité partagée et elle s'appuie sur la vigilance de chacun. Globalement, 2 705 déclarations d'incident ou d'accident ont été consignées au registre local en 2011-2012, comparativement à 2 661 l'an dernier, soit une augmentation de l'ordre de 1,6 %. La majorité des événements déclarés sont des incidents ou des accidents sans conséquence pour les usagers, soit 83,8 % des événements.

Parmi les mesures prises pour sensibiliser le personnel à l'importance de déclarer les incidents et les accidents, mentionnons la formation offerte lors du processus d'accueil à tout nouvel employé, les présentations lors des déjeuners qualité/performance, rencontres des gestionnaires, rencontres d'équipes, rencontres de comités et la mise à jour périodique du tableau de bord des incidents/accidents.

GESTION PAR PROGRAMMES

La gestion par programmes et la cogestion médicale ont été implantées graduellement au cours des deux dernières années. Ce nouveau mode de gestion a entraîné un changement important dans la structure des modes et des pratiques de gestion dans l'établissement. Les deux dernières années ont permis d'actualiser la structure clinique, de mettre en œuvre la cogestion, de développer les sept programmes, de définir les trajectoires dans l'organisation et d'amorcer une démarche d'évaluation.

Au printemps 2011, après deux ans de travaux d'implantation, certains ajustements ont été nécessaires afin d'optimiser l'efficacité et l'efficience de ce nouveau modèle de gouvernance. Mentionnons les principaux changements :

- abolition de la Direction générale adjointe;
- mise en place d'une cogestion stratégique DP-DSP, DSM-DSP;
- rapatriement du Service de l'urgence, de l'admission et de l'accueil sous la DP.

Qui plus est, un plan d'action incluant cinq priorités a été élaboré afin de consolider la gestion par programmes soit : l'actualisation du nouveau plan d'organisation, la consolidation des programmes cliniques, la consolidation des mécanismes de communication et de prise de décisions, l'actualisation du plan de développement des compétences et de soutien aux cadres et la définition des indicateurs de suivi. Au cours de la dernière année des travaux ont été conduits relativement à :

- la titularisation d'un poste de directrice adjointe des programmes;
- la clarification des rôles et responsabilités des gestionnaires et de l'équipe médicale au sein de la Direction des programmes;
- la révision de la description de fonction des chefs d'unités de soins et services;
- la révision du mandat du comité de coordination interprogrammes;
- la mise en place de tous les comités de programmes;
- la planification pour l'élaboration d'un outil d'évaluation des programmes;
- l'élaboration d'un tableau de bord intégrant des cibles d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Dans la foulée des activités quotidiennes, la mise en œuvre de la gestion par programmes et de la cogestion représente un défi de taille. Le succès de l'implantation d'un tel modèle repose sur des principes de collaboration, de communication et de travail d'équipe requérant des efforts constants d'arrimage de tous les intervenants.

TRANSCRIPTION MÉDICALE

Dans un souci de réduire les délais de transcription médicale afin de favoriser l'accès à l'information pour l'ensemble des partenaires, en temps opportun, au regard des soins et services reçus par nos clientèles, différentes mesures ont contribué à l'atteinte de cet objectif :

- l'embauche d'une firme externe pour réaliser un nombre de lignes définies à transcrire;
- une nouvelle entente de télétravail;
- la révision des processus de dictée pour les mots inaudibles.

Nous avons actuellement neuf secrétaires médicales en télétravail et la firme externe a complété son contrat. Ces mesures ont permis de réduire le délai moyen d'un résumé de dossier de 124,3 jours à 2,8 jours. Également, le délai moyen pour la transcription des consultations externes est passé de 28,5 jours à 1,5 jour.

TRANSPORT DES ANALYSES DE LABORATOIRE

Conformément aux normes ISO des laboratoires médicaux et à la recommandation émise par Agrément Canada, un nouveau processus de transport des échantillons et spécimens des laboratoires a été mis en place. Préalablement à ce changement de pratique, des séances de formation ont été réalisées. L'acquisition de nouveaux équipements a également été requise pour permettre la mise en place de ce nouveau mode de fonctionnement entre autres, l'achat de portoirs, de coffrets de transport et de sacs Biohazard incluant un papier buvard. Ces changements visaient plus spécifiquement les objectifs suivants :

- assurer une stabilité de la température recommandée des échantillons;
- offrir un environnement de travail sécurisé pour tous les intervenants ayant un contact avec les échantillons;
- assurer la confidentialité des échantillons.

6 Enjeu six

LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ

Le maintien de la notoriété et de la reconnaissance internationale du centre de recherche passe par le recrutement et la rétention de chercheurs productifs, par la bonne performance des équipes, par l'implication des cliniciens et des professionnels de la santé à la programmation de recherche, par l'établissement de partenariats stratégiques et l'obtention de subventions et par le développement d'infrastructures à la fine pointe.

ORIENTATIONS :

CONSOLIDER LES MASSES CRITIQUES DE CHERCHEURS
DANS CHACUN DES AXES ET THÈMES DE RECHERCHE;

DIVERSIFIER ET ACCROÎTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT;

AMÉLIORER CONTINUUELLEMENT LES INFRASTRUCTURES
NÉCESSAIRES AU RECRUTEMENT ET À LA RÉTENTION
DES CHERCHEURS;

ACCENTUER LA PERFORMANCE ET LA NOTORIÉTÉ
DU CENTRE DE RECHERCHE.



LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ

Le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ) est un centre reconnu à l'échelle internationale. Il est subventionné par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS). La recherche y est regroupée sous trois grands axes : la cardiologie, la pneumologie et l'obésité. Il est le seul centre de recherche au Canada et l'un des rares au monde à regrouper sous un même toit de pareils axes de recherche. Ces axes de recherche sont en outre parfaitement alignés aux missions cliniques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, ce qui favorise à la fois de riches collaborations entre chercheurs cliniciens et chercheurs fondamentaux et un transfert rapide des connaissances acquises en recherche vers les soins.

NOTRE MISSION

Promouvoir le développement, l'acquisition et la dissémination des connaissances en cardiologie, pneumologie et obésité dans le but d'enrayer la progression des maladies cardiovasculaires et respiratoires. Le CRIUCPQ a aussi pour mission de créer et d'offrir les meilleures conditions possible afin d'assurer la formation d'étudiants et de personnel hautement spécialisés en recherche biomédicale.

NOTRE VISION

Devenir le centre de recherche nord-américain de référence en cardiologie, en pneumologie et en obésité.

LE MAINTIEN DE LA NOTORIÉTÉ ET DE LA RECONNAISSANCE INTERNATIONALE DU CENTRE DE RECHERCHE

• LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION DE CHERCHEURS PRODUCTIFS

Le CRIUCPQ réunit maintenant 129 chercheurs, exerçant leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Il compte aussi sur la collaboration de trois chercheurs associés. Le budget annuel d'infrastructure provenant du FRQS pour l'année 2011-2012 a été de 916 153 \$. Conscients de leur rôle de formateur, les chercheurs du centre dirigent chaque année un grand nombre d'étudiants durant leurs études de deuxième ou troisième cycle ou lors de stages postdoctoraux. Ils ont aussi accueilli 134 stagiaires en cours d'année. Les nombreuses publications dans les revues scientifiques, les multiples invitations reçues de nombreux pays pour agir à titre de conférenciers et de présentateurs ainsi que la présence de chercheurs à titre de membres de comités d'experts, réviseurs

pour des revues scientifiques et évaluateurs pour des organismes subventionnaires témoignent de la participation très active des chercheurs à l'avancement des connaissances scientifiques. Au cours de la dernière année, de nouveaux chercheurs se sont joints à l'équipe. Les D^{rs} André Tchernof et Mathieu Laplante se sont joints à l'axe d'obésité, et le D^r Sébastien Bonnet s'est joint à l'axe de pneumologie. De plus, de nouveaux médecins cardiologues, pneumologues et chirurgiens ont été recrutés à l'Institut et ont débuté ou débiteront sous peu des activités de recherche clinique. Le tableau ci-dessous présente quelques statistiques comparatives en regard de la recherche universitaire :

	2011-2012	2010-2011
Nombre de chercheurs	127	119
Nombre de chercheurs associés	2	3
Nombre d'étudiants et stagiaires postdoctoraux		
Stagiaires postdoctoraux	53	36
Troisième cycle (doctorat)	84	73
Deuxième cycle (maîtrise)	83	75
Stagiaires	134	125
Membres du personnel professionnel et administratif	254	240
Bourses-subventions-contrats (Note 1)	26 732 051 \$	25 139 754 \$
Subventions, développement des infrastructures	5 550 609 \$	2 000 000 \$
Nombre de publications	367	345

Note 1 : Ce montant représente l'ensemble des sommes attribuées aux chercheurs du CRIUCPQ pour leur pourcentage de contribution à différents projets, une portion de ces sommes est administrée directement par l'Université Laval.

LA BONNE PERFORMANCE DES ÉQUIPES

En 2010, le FRQS versait pour la première fois au Centre de recherche une subvention pour le soutien à la recherche clinique, reconnaissant ainsi l'implication dans le partenariat avec l'industrie. En 2011, le Centre obtenait de ce même organisme, une subvention du programme de développement stratégique innovant. Ce programme, d'une durée maximum de quatre ans, a pour objectif d'accroître la portée intellectuelle, la visibilité et le caractère concurrentiel des centres, tant au niveau provincial, que national et international, et à favoriser les partenariats avec les organismes subventionnaires, les fondations caritatives, les organismes publics et parapublics et partenaires industriels.

ANIMATION SCIENTIFIQUE



L'animation scientifique revêt une importance majeure au Centre de recherche. Plusieurs clubs de lecture, séminaires et conférences ont eu lieu au cours de l'année. De nombreux conférenciers de renommée internationale sont aussi invités à venir présenter le fruit de leur recherche. Chaque année, le Centre de recherche tient une *Journée scientifique de la recherche*, permettant aux étudiants et étudiantes ainsi qu'aux professionnels et professionnelles de recherche de faire

connaître leurs travaux sous forme de présentations orales ou par affiches. Le 5 mai 2011, le point culminant de cette activité fut sans aucun doute la conférence donnée par M. Charles Tisseyre, animateur de l'émission Découverte à Radio-Canada. Au cours de cette conférence intitulée « Les Défis de la vulgarisation scientifique à la télévision », M. Tisseyre a captivé pendant plus d'une heure un auditoire composé de près de 200 personnes.

PROGRAMME DE BOURSES POUR LES ÉTUDIANTS

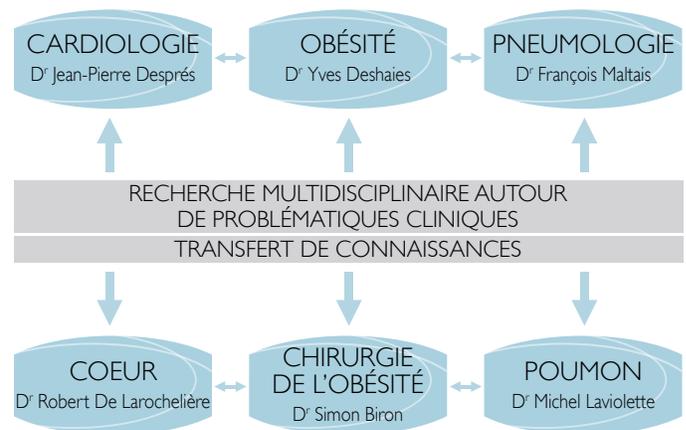


Chaque année, la Direction de la recherche universitaire offre un programme de bourses aux étudiants. Cette année, le comité de coordination de la recherche universitaire a accordé un montant total de 140 000 \$ à ce programme. Sous forme de concours, les demandes sont évaluées par un comité de chercheurs des différents axes et les bourses sont offertes aux plus méritants. Cette année, onze étudiants inscrits au postdoctorat, doctorat ou à la maîtrise ont reçu un support financier pour la poursuite de leurs études graduées. Cette contribution permet aux équipes de recherche de recruter des candidats de haut niveau et d'accroître ainsi significativement la productivité des équipes. En plus de ce concours, les étudiants du Centre peuvent bénéficier du concours de la Chaire de recherche internationale sur le risque cardiometabolique et de deux programmes de formation des IRSC dont un en obésité et l'autre en pneumologie.

L'IMPLICATION DES CLINIENS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À LA PROGRAMMATION DE RECHERCHE

Le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (CRIUCPQ) comprend des axes de recherche interreliés et complémentaires de cardiologie, pneumologie et obésité/métabolisme (Figure 1). Le CRIUCPQ est le seul parmi les centres subventionnés par le FRQS à regrouper de tels axes.

AXES DE RECHERCHE DU CRIUCPQ



SURSPÉCIALISATIONS DE L'IUCPQ

L'arrimage parfait des axes de recherche du CRIUCPQ aux missions cliniques de l'IUCPQ favorise le transfert des connaissances de la recherche vers les soins en harmonie avec la vision du FRQS et celle des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'alignement « recherche – soins » favorise aussi grandement l'identification de priorités de recherche axées sur des problématiques cliniques inhérentes à l'Institut.



Dans leur lutte aux maladies liées à l'obésité, les chercheurs du centre explorent chaque jour de nouvelles avenues. À titre d'exemple, l'équipe du Dr André Marette, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, étudie depuis plusieurs années les vertus rattachées à la consommation de poissons. Au-delà des bienfaits reconnus des acides gras oméga-3 d'origine marine, le Dr Marette explore également le rôle bénéfique du contenu en protéine des poissons et d'autres espèces marines. Déjà, les travaux réalisés par le Dr Marette et ses collaborateurs

ont démontré que plusieurs protéines contenues dans plusieurs espèces de poissons, et en particulier dans le saumon, empêchent l'apparition de molécules inflammatoires dans les tissus adipeux d'animaux nourris avec une diète riche en lipides et en sucrose menant à l'obésité. Les chercheurs ont également observé, chez les animaux consommant des protéines de saumon et de morue une amélioration de la sensibilité à l'insuline qui était associée à une diminution de l'accumulation de la graisse viscérale dans le cas des animaux consommant la protéine de saumon.

Stimulés par ces résultats, l'équipe du D^r Marette et leurs collaborateurs cherchent maintenant à identifier les principes actifs qui pourraient expliquer les bienfaits des protéines de poisson. Ils ont récemment observé que des petits peptides purifiés de saumons peuvent prévenir le développement du diabète de type 2 chez des souris obèses. Des études sont en cours pour caractériser ces peptides au niveau moléculaire afin de développer un nutraceutique ou un aliment fonctionnel enrichi en peptides bioactifs. Bien que le D^r Marette soit convaincu du potentiel thérapeutique des biopeptides de poisson, il considère autant les autres avantages liés à la consommation de poisson, notamment leur apport souvent riche en vitamine D et en acides gras oméga-3, qui ont également des fonctions physiologiques qui aident à prévenir le diabète et les maladies cardiovasculaires. À terme, les recherches du D^r Marette et de ses collaborateurs pourraient donc mener à la production d'un aliment fonctionnel ou d'un supplément mettant à profit la synergie de l'ensemble des composantes de poisson, dont les effets bénéfiques devront être validés dans une étude clinique chez des usagers obèses et à risque pour développer le diabète de type 2.

L'ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS STRATÉGIQUES ET L'OBTENTION DE SUBVENTIONS

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Les IRSC sont des organismes subventionnaires de première importance pour les chercheurs et plusieurs d'entre eux bénéficient chaque année d'importantes subventions ou bourses permettant de faire progresser leurs programmes de recherche. Au cours de l'année, les subventions obtenues des IRSC totalisaient 7 048 028 \$ soit 67 % des sommes provenant d'organismes subventionnaires reconnus par le FRQS.

CHAIRES DE RECHERCHE



Dix chercheurs du CRIUCPQ sont titulaires de chaires de recherche. Ceci confirme le rôle du CRIUCPQ en tant que leader dans son domaine. Le 19 septembre 2011, le recteur de l'Université Laval, Denis Brière et le directeur du Centre de recherche de l'IUCPQ, le D^r Denis Richard, ont annoncé la première Chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique au Canada. Cette chaire aura entre autres les objectifs d'assurer une prise en charge optimale des personnes en attente de ce type de chirurgie, d'améliorer les pratiques en matière de suivi des usagers opérés et de développer des méthodes d'interventions thérapeutiques minimalement invasives auprès des personnes souffrant d'obésité sévère. Le titulaire principal de la Chaire est André Tchernof, docteur en endocrinologie moléculaire et professeur-chercheur à l'Université Laval. Il est secondé par le D^r Fady Moustarah, chirurgien et chercheur clinicien à l'Institut. La création de cette chaire est rendue possible grâce au soutien de la compagnie Ethicon Endo-Surgery Canada.

De plus, le 9 janvier 2012, le D^r Sébastien Bonnet, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en pathologie vasculaire avec remodelage a joint les rangs du CRIUCPQ. Les travaux de recherche de l'équipe du D^r Bonnet portent sur l'hypertension artérielle pulmonaire. Actuellement, aucun traitement curatif n'est efficace contre cette maladie et plus de la moitié des personnes atteintes succombent au cours des cinq années suivant le diagnostic. L'équipe de recherche du D^r Bonnet a déjà effectué des percées prometteuses dans le domaine et les collaborations avec les chercheurs du CRIUCPQ, dont les D^{rs} Steeve Provencher et Philippe Pibarot, laissent entrevoir un avenir plus que prometteur pour l'avancement des connaissances dans ce domaine.

PARTENARIAT AVEC L'INDUSTRIE ET LES FONDATIONS

La recherche à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec bénéficie chaque année d'un appui important de la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. D'ailleurs cette année, la Fondation a autorisé un don de plus de 4 M\$ afin de permettre au Centre de recherche de procéder aux travaux de la phase 4 de son plan d'agrandissement.

La Direction de la recherche universitaire travaille aussi en partenariat avec l'industrie et les compagnies pharmaceutiques. Ce partenariat favorise la progression des connaissances sur de nouveaux médicaments et produits, permettant au CRIUCPQ d'être reconnu pour son avant-gardisme et ses compétences en matière de recherche.

PARTENARIAT AVEC L'ÉQUIPE DU GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE (GDPL) ET LE GRAND DÉFI ENTREPRISE (GDE)



Partenaire depuis les débuts du Grand défi Pierre Lavoie (GDPL), le CRIUCPQ, en collaboration avec la Fondation, délègue chaque année une équipe de cinq cyclistes lors de l'événement du grand tour de 1 000 km qui se tient à travers le Québec. En 2011, en collaboration avec l'équipe de l'émission Découverte de Radio-Canada un groupe de chercheurs de l'IUCPQ a suivi une équipe de cyclistes formée de personnes sédentaires. L'objectif du projet était de démontrer la plasticité du corps humain à l'entraînement et aux changements des habitudes alimentaires. Les équipes de recherche des D^{rs} Natalie Alméras, Jean-Pierre Després et Éric Larose ont contribué aux évaluations ainsi qu'à l'encadrement de sept volontaires qui ont relevé le défi de participer au 1 000 km du Grand défi Pierre Lavoie. Nancy Parent, infirmière de recherche au CRIUCPQ, est l'une des deux femmes qui ont participé à cette aventure. Leur préparation et leur participation à l'événement, de

même que leurs témoignages et leurs résultats aux différentes évaluations ont été présentés lors de l'émission Découverte du dimanche 30 octobre 2011.

LE DÉVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES À LA FINE POINTE

AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE



C'est avec beaucoup d'enthousiasme que la Direction du Centre a accueilli le 11 novembre 2011 le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, M. Sam Hamad. Le ministre s'est déplacé afin d'annoncer l'aide financière du gouvernement du Québec à un projet de plus de 20 M\$. Ce projet vise la construction et l'achat d'équipements pour un laboratoire central d'imagerie cardiovasculaire, respiratoire et métabolique de même que pour des laboratoires thématiques de biologie cellulaire et moléculaire dans les domaines de la cardiologie, de la pneumologie et de l'obésité. Il s'agit de la quatrième phase du plan d'agrandissement du CRIUCPQ, totalisant près de 50 M\$, initié en 2000 et pour lequel le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) a contribué financièrement à hauteur de près de 33 M\$ au cours des 11 dernières années.

Parallèlement à cette annonce importante, les membres de la Direction de la recherche ont consolidé la finalisation de différents projets d'aménagements et d'agrandissements et travaillé à l'avancement des développements futurs. Les travaux au pavillon Mallet ont permis l'aménagement de nouvelles salles de culture conformes aux nouvelles normes émises par les organismes de réglementation et les travaux pour la finalisation de la phase 3 du projet d'agrandissement (lot 3C), qui consiste à la construction d'un étage supplémentaire au-dessus de la nouvelle animalerie afin d'y aménager une plateforme de recherche clinique se sont poursuivis. Les plans et devis préliminaire ont été déposés pour analyse et le début des travaux de construction est prévu à l'automne 2012.

7 Enjeu sept

UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT

Le maintien de la mission d'enseignement est primordial. L'établissement veut continuer à répondre aux demandes des différentes institutions d'enseignement dans tous les domaines de la santé et être apte à relever le défi de l'augmentation des cohortes étudiantes. La mission de soins de l'établissement doit lui permettre de soutenir également sa mission d'enseignement.

ORIENTATIONS :

AMÉLIORER LES INFRASTRUCTURES DÉDIÉES
À L'ENSEIGNEMENT;

SOUTENIR LA FORMATION CLINIQUE ET DÉVELOPPER
DE NOUVEAUX PROGRAMMES.

L'intégration de l'ensemble des stages de niveaux universitaire, collégial et secondaire sous la responsabilité de la Direction de l'enseignement universitaire (DEU) est maintenant complétée. Une nouvelle politique d'enseignement a été adoptée par le comité de direction. Elle valorise le rôle de supervision et fait la promotion d'un enseignement de qualité. De plus, une nouvelle base de données a été développée pour les stages de même que des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des stagiaires, des superviseurs et des partenaires. Par ailleurs, nous collaborons aux travaux en cours au niveau régional visant le déploiement de l'application informatique HSPnet qui nous permettra d'intégrer, dans un premier temps, l'ensemble des stages en soins infirmiers.

Notre milieu d'enseignement est grandement apprécié des étudiants comme le démontre le nombre de demandes de stage et les fiches d'appréciation des stages remplies par les étudiants. Nous avons collaboré à l'Agrément de plusieurs programmes de formation en médecine, en sciences infirmières, en nutrition, en inhalothérapie et en laboratoire médical. Nous accueillons maintenant des résidents en psychiatrie de liaison, en médecine dentaire ainsi que des stagiaires en soins spirituels.

Nous vivons, depuis la désaffectation du pavillon Rousseau, certaines problématiques pour les locaux d'enseignement. La construction d'un Centre du savoir avec l'aide de la Fondation



IUCPQ est un projet en développement très attendu qui va nous aider à répondre à notre besoin grandissant de salles de cours. Malgré tout, nous disposons maintenant de six nouvelles salles de consultation pour répondre aux besoins de formation en soins ambulatoires exigés par les différents programmes de résidence.

DISTRIBUTION DES STAGES

Les prochains tableaux dressent le portrait des stages effectués à l'Institut. Notons la diversité des stages offerts et l'augmentation des cohortes étudiantes, soit une hausse de 8 % de jours stages, comparativement à l'an passé. La DEU travaille activement à optimiser la capacité d'accueil des étudiants et des secteurs de stage, en collaboration avec les directions cliniques.

ALLOCATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE RÉGIONALE DESTINÉE À SOUTENIR L'ORGANISATION DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE

L'allocation régionale a permis :

- l'acquisition d'un système d'enregistrement vidéo multiplateforme « Tricaster »;
- l'acquisition d'un projecteur haute définition et d'un écran pour la salle d'enseignement du laboratoire d'échocardiographie;
- l'acquisition d'un projecteur et d'un écran pour la salle d'enseignement au bloc opératoire;
- l'installation d'un moniteur téléviseur pour la salle d'enseignement en gériatrie au 3^e ND;
- l'installation d'un moniteur téléviseur pour la salle d'enseignement de la pharmacie;
- l'acquisition de plusieurs volumes dédiés aux résidents et aux externes ainsi qu'en radiologie, en médecine nucléaire, en pneumologie et en ergothérapie — physiothérapie;
- l'acquisition d'un ordinateur pour les résidents en psychiatrie;
- l'acquisition de quatre ordinateurs PACS pour l'enseignement dans les salles de consultation du nouveau bâtiment modulaire en chirurgie bariatrique et deux aux salles de consultation des cliniques externes;
- l'acquisition d'un équipement médical et l'ameublement des six nouvelles salles de consultation externe pour les résidents;
- la mise à niveau de plusieurs postes informatiques dédiés à l'enseignement;
- la poursuite de la création du site Internet en échocardiographie;
- le renouvellement de l'ameublement des salles dédiées aux unités d'enseignement du 2^e ND, du 5^e PC et des trois salles du 7^e PC;
- l'augmentation du nombre de cours disponibles sur le serveur central (le Consultant).

BILAN DE LA BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque a enregistré une légère baisse du volume de ses activités. Par rapport à l'année dernière, la fréquentation des lieux a baissé d'environ 10 %, mais l'utilisation des ordinateurs en libre-service a augmenté de près de 4 %. Le nombre de prêts de ses documents et le nombre de documents obtenus des autres bibliothèques pour ses clientèles ont fléchi d'environ 5 %. Tout en poursuivant sa participation active au sein du Consortium des bibliothèques RUIS-U Laval pour le développement des collections de ressources électroniques, la bibliothèque a enrichi ses collections de près d'une centaine de volumes. Des travaux préparatoires se sont amorcés pour le déménagement prochain de la bibliothèque.

FAITS SAILLANTS

NOMINATIONS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET L'IUCPQ

D^r Pierre Voisine – Directeur, Programme de chirurgie cardiaque UL;

D^r André St-Pierre – Professeur agrégé, Anesthésiologie;

D^r Jean Deslauriers – Membre de l'Ordre du Canada;

D^r Pierre LeBlanc – Directeur, Département de médecine UL;

D^r Jean Bussièrès – Professeur titulaire;

D^r François Maltais – Prix Yves Morin, Département de médecine UL et Prix d'excellence en mentorat Louis Larochelle de la Faculté de médecine;

D^r Yvon Cormier – Prix Carrière du Département de médecine UL;

D^r Steeve Provencher – Prix Marc Julien;

D^r Luce Cantin – Professeur de l'année, Département de radiologie UL.

La DEU participe aux différents dossiers organisationnels afin que les activités d'enseignement soient totalement intégrées au processus. Étant donné l'importance du Service de l'audiovisuel dans le soutien à l'enseignement, il a été intégré à cette direction, ce qui nous permettra d'améliorer notre offre de service. L'acquisition d'un système d'enseignement multimédia permet de bonifier nos activités de transfert de connaissance. Au cours de la dernière année, le Service de l'audiovisuel a reçu 1 431 demandes de productions médicales et paramédicales, la répartition est présentée dans le tableau ci-dessous.



DEMANDES DE PRODUCTIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

STATISTIQUES 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012

Recherche	Administration	Enseignement	Soins	Autres	Médical	Total
183	323	52	10	15	848	1 431

Concernant la téléformation, les différents secteurs d'enseignement ont été particulièrement productifs en cardiologie, en pneumologie, en obésité et en médecine interne. On observe une augmentation des visioconférences, soit 78 en émission et 236 en réception, pour un total de 314 comparativement à 184 l'an dernier. Enfin, nous travaillons de plus en plus en interdisciplinarité dans toutes les sphères de nos activités et nous nous impliquons étroitement dans le transfert de connaissances du RUIS-UL.

STAGIAIRES EN MÉDECINE

	RÉSIDENTS		MOIS STAGES		EXTERNES		MOIS STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Anesthésiologie	20	20	48	46	--	--	--	--
Cardiologie	87	71	309	242	26	20	26	21
Chirurgie bariatrique	--	--	--	--	1	--	1	--
Chirurgie cardiaque	4	3	9	7	9	10	9,5	12
Chirurgie générale	7	6	24	7	35	42	53,75	64,5
Chirurgie thoracique	8	7	16	13	9	9	8,75	9,5
Gériatrie	14	13	16	14	37	37	56,75	57
Infectiologie	2	3	2	3	--	--	--	--
Médecine familiale	30	29	127	96	--	--	--	--
Médecine interne	94	94	140	143	34	43	55,25	66
Médecine nucléaire	--	--	--	--	1	--	1	--
Ophtalmologie	--	1	--	1	--	--	--	--
Pathologie	12	4	26	8	4	6	3,25	5,5
Pneumologie	87	78	202	172	23	22	23,5	24,5
Psychiatrie	2	1	7	1	--	--	--	--
Radiologie diagnostique	28	28	64	50	36	39	21,5	26,75
Soins intensifs chirurgie card.	9	--	18	--	--	--	--	--
Urgence	7	5	7	5	10	3	10,75	3,5
TOTAL	267*	243*	1 015	808	148*	167*	271	290,25

* Un stagiaire en médecine peut faire plus d'un stage au cours de l'année.

STAGIAIRES EN MÉDECINE

INTRODUCTION À L'EXTERNAT 2 ^e ET 3 ^e ANNÉES DE MÉDECINE		
	2011-2012	2010-2011
Stagiaires	33	32
Jours-présences	297	288

MONITEURS CLINIQUES IUCPQ

	MÉDECINS		MOIS-STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Anesthésiologie	2	3	13	19
Cardiologie	16	14	136	111
Chirurgie cardiaque	9	9	58	82
Chirurgie bariatrique	1	1	12	3
Chirurgie thoracique	2	2	22	22
TOTAL	30	29	241	237

STAGIAIRES UNIVERSITAIRES

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Ergothérapie	13	16	79	166
Kinésiologie	12	10	322	259
Nutrition	23	26	910	1 019
Physiothérapie	18	20	132	211
Pharmacie	22	40	1 240	2 529
Sciences infirmières	141	117	2 377	1 716
Service social	1	2	72	41
Théologie	1	0	45	0
TOTAL	231	231	5 177	5 941

STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Archives médicales	0	1	0	50
Dététique	2	3	38	79
Inhalothérapie	63	63	1 089	1 043
Laboratoire médical	12	9	720	1 030
Médecine nucléaire	8	5	161	266
Imagerie médicale	24	2	1 228	27
Réadaptation physique	1	1	35	45
Soins infirmiers	368	371	5 697	4 864
Électrophysiologie	0	2	0	60
Stérilisation	3	0	29	0
TOTAL	481	457	8 997	7 464

STAGIAIRES DE NIVEAU SECONDAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Préposés aux bénéficiaires	95	91	913	883
Assistants techniques en pharmacie	10	10	150	150
Infirmières auxiliaires	28	21	415	315
Secrétaires médicales	3	0	36	0
TOTAL	136	122	1 514	1 348

ORDRES PROFESSIONNELS

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011
Technologues en radiologie	0	1	0	20
Pharmaciens	9	13	153	221
Inhalothérapeutes	0	2	0	60
TOTAL	9	16	153	301

ORIENTATION CARRIÈRE

	STAGE D'UN JOUR	
	2011-2012	2010-2011
Stagiaires	52	28
Jours-présences	47	27

8

Enjeu huit

L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES
ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

En plus des missions de soins cliniques, de recherche et d'enseignement, notre statut d'institut universitaire comprend aussi la mission d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). À l'aide de méthodes modernes et rigoureuses, l'ETMIS permet une approche critique face à l'introduction des nouvelles technologies en santé. Elle favorise également la révision des pratiques organisationnelles et cliniques actuelles en offrant une analyse impartiale fondée sur des données probantes pour supporter la prise de décision. Bien que certaines activités d'évaluation se réalisent actuellement, cette fonction doit être plus structurée au sein de l'organisation afin d'en faire la promotion et de mieux soutenir sa pratique.

ORIENTATION :

POSITIONNER L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES
MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ COMME UN PROCESSUS
INTÉGRÉ AUX PRISES DE DÉCISION.ACQUISITION D'UN ENTRAÎNEUR MOTOMED
LETTO PAR LE SERVICE DE RÉADAPTATION

Si l'on considère que 6 000 à 7 000 pas constituent le nombre de pas moyen dans une journée, il ne faut pas s'étonner qu'un alitement même de courte durée aux soins intensifs puisse avoir un impact important sur l'autonomie fonctionnelle. Des études démontrent que la perte de force musculaire serait plus grande durant la première semaine d'immobilisation, déclinant jusqu'à 40 %. Plus de 50 % de ces usagers demeurent avec des déficits après l'hospitalisation. La multiplicité des appareils de surveillance au chevet limite l'utilisation de certaines modalités d'intervention en physiothérapie. L'entraîneur thérapeutique motorisé et commandé par le logiciel Motomed Letto est un nouvel équipement permettant un renforcement des membres inférieurs en position d'alitement. Grâce à cet appareil, la stimulation peut être débutée de façon précoce : même les usagers, avec de fortes atteintes musculaires, peuvent bénéficier de la thérapie par une fonction de pédalage assistée. Une fonction d'autorégulation adapte également la programmation en présence de spasmes musculaires. L'acquisition de cette nouvelle technologie, rendue

possible par la Fondation IUCPQ, est un élément important dans la préservation de la qualité de vie et l'amélioration du pronostic de la personne aux soins intensifs.

PROJET PCR - *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Ce projet a été réalisé au laboratoire de microbiologie afin de comparer deux techniques d'analyse permettant d'identifier la présence du *Clostridium difficile*. La technique actuelle qui détecte le GDH et les toxines A et B par méthode immunoenzymatique (EIA) et la nouvelle technique de détection rapide qui est basée sur la détection du gène *tcdB* par PCR (Polymerase Chain Reaction) ont fait l'objet du projet. La comparaison est établie en termes de sensibilité, de spécificité ainsi qu'en termes d'impact de chacune de ces deux techniques sur les taux d'incidence d'infections à *Clostridium difficile* dans notre établissement. Le projet se poursuit pour la prochaine année dans l'intérêt d'évaluer la nouvelle technologie par PCR et ainsi investiguer les facteurs expliquant l'augmentation des taux DACD suivant l'introduction de la détection par PCR par rapport à la technique d'analyse initiale par méthode EIA.

PROJET RUBIDIUM

Instigué par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Conseil de recherche en sciences naturelles et génie du Canada (CRSNG), et en collaboration avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, le Service de médecine nucléaire de l'UQCQ, à titre de centre primaire, participe depuis le mois de mars 2010, au projet canadien d'évaluation multi-institutionnel « Rubidium PET - An Alternative Radiopharmaceutical for Myocardial Imaging (Rb-ARMI) ». Ce projet évalue la performance diagnostique et le coût des études de perfusion myocardique réalisées en TEP avec le ⁸²rubidium (Rb-82), un isotope émetteur de positron. Ce projet est motivé par la nécessité de développer des méthodes alternatives pour effectuer des études de perfusion myocardique sans avoir recours au technétium. Possédant une très courte demi-vie physique de 75 secondes, le rubidium permet de réaliser l'imagerie stress et repos en moins de 60 minutes, et ce, à une dose de radiation inférieure à celles des études SPECT effectuées au Technétium ou au Thallium.

Au-delà de la supériorité du rubidium comme agent de perfusion, l'utilisation de la TEP en cardiologie présente des avantages indéniables dont la correction d'atténuation, une meilleure résolution spatiale et la possibilité d'effectuer des mesures quantitatives du flot coronarien régional ou du métabolisme. Parmi les bénéfices les plus importants pour la clientèle de notre établissement, on souligne les suivants :

- mesurer de façon précise la perfusion sanguine et le métabolisme du muscle cardiaque. La TEP est reconnue comme le standard de référence pour l'évaluation de la viabilité du muscle cardiaque. La notion de viabilité est importante pour déterminer si un usager, souffrant d'insuffisance cardiaque sévère, est candidat soit pour une procédure de revascularisation ou plutôt pour une greffe cardiaque;
- la quantification absolue du flot coronarien;
- la correction d'atténuation;
- une dosimétrie avantageuse exposant les usagers à moins de radiation;
- la supériorité de la TEP se démarque davantage chez la clientèle obèse de plus de 100 kg en générant moins de faux positifs et en réduisant le besoin de recourir à d'autres examens tels que la coronographie;
- le meilleur choix pour évaluer le risque préopératoire chez la clientèle souffrant d'obésité morbide car la qualité des autres examens tels que l'échographie cardiaque et la résonance magnétique est fortement altérée par l'atténuation des tissus contrairement à la qualité des images Tep qui demeurent bien préservées;
- la précision diagnostique accrue de la TEP cardiaque s'est révélée particulièrement utile chez la clientèle porteuse de pathologies complexes tels MCAS multi-tronculaire, multiples pontages, tuteurs coronariens, atteinte micro-vasculaire associée au diabète;
- 1 212 examens TEP Rubidium ont été réalisés cette année.



9 Enjeu neuf

LA GESTION DE LA PERFORMANCE

La gestion des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux est axée sur l'atteinte de résultats. L'entente de gestion détermine les cibles à atteindre et l'allocation des ressources est directement liée aux résultats attendus. L'établissement doit s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et poursuivre une démarche d'amélioration continue de sa performance clinique, administrative et académique.

ORIENTATIONS :

ASSURER L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DISPONIBLES.

SUIVI DE L'APPLICATION DE LA LOI 100

Visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette dans le cadre du discours du budget provincial, la *Loi 100* vise, sur trois ans, une réduction de 10 % des dépenses administratives, de 25 % des dépenses en frais de déplacement, de publicité et de formation sur une base annuelle et une diminution de la taille des effectifs, basée sur les départs à la retraite.

Nous avons mis en place les mesures nécessaires pour atteindre ces objectifs visés de façon à réduire de 10 % les dépenses administratives par rapport au coût réel de 2009-2010 graduellement d'ici 2013-2014. En fin d'exercice 2011-2012, nous avons cumulé une réduction de 4 225 heures travaillées dans les secteurs administratifs. La révision de nos processus et l'optimisation de l'utilisation de nos ressources ont permis d'atteindre une diminution des frais de publicité et de recrutement du personnel de 66 %, les frais de déplacement de l'organisation de 43 % et les dépenses de formation de 57 %, tout en maintenant le respect des obligations conventionnées. De plus, des mesures compensatoires ont permis de réduire les coûts de réaménagement, fournitures de bureau et autres pour un montant de près de 500 000 \$. Tous les efforts sont donc dirigés vers le résultat escompté.

COÛT PAR ÉPISODE DE SOINS – MODULE D'AIDE À LA GESTION DE L'INFORMATION CLINIQUE (MAGIC)

Au printemps 2009, l'organisation a fait l'acquisition de la solution logicielle *Module d'aide à la gestion de l'information clinique (MAGIC)*. Cette solution permet la reconstitution de l'épisode de soins par usager ainsi que son coût en intégrant l'information clinique et administrative répertoriée dans les systèmes d'information utilisés à l'Institut. Son implantation a été complétée au cours de l'année 2011. Cet outil d'intégration et d'analyse facilite le passage d'une gestion fragmentée vers une gestion dynamique de l'information en permettant la reconstitution de l'épisode de soins de chacun des usagers hospitalisés. Sur ce même élan, le module *Coût par activité* permet de mesurer la consommation réelle des services et les coûts y étant associés. De cette manière, l'Institut est maintenant en mesure d'obtenir le coût réel de l'ensemble des épisodes de soins pour l'année financière 2009-2010, facilitant ainsi la gestion de ses activités tout en permettant l'identification de pistes d'amélioration dans sa gestion.

SERVICE DE L'URGENCE

Dans le cadre de l'entente de gestion, le Service de l'urgence a obtenu un séjour moyen sur civière de 15,4 heures et un séjour moyen sur civière de 17,2 heures pour les usagers de 75 ans et

plus. D'autre part, le service a atteint la cible pour le pourcentage des usagers avec séjour de 48 heures ou plus sur civière et pour celui des usagers de 75 ans et plus avec séjour de 48 heures et plus. Le Service de l'urgence fait également face à nombreux défis. Le manque d'effectifs médicaux ainsi qu'une demande importante de soins a exigé des équipes du service à redoubler d'efforts pour offrir les services aux usagers dans des temps acceptables. La proximité des lieux est vécue quotidiennement par les professionnels et les usagers séjournant à l'Urgence. Pour y remédier, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confirmé le 22 mars dernier l'investissement de 4 887 000 \$ afin d'agrandir l'Urgence passant de 14 civières au permis à 20 civières.

Voici les faits saillants des activités opérationnelles de l'année en cours :

- augmentation de 32,4 % du nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures ou plus sur civière;
- augmentation de 2,4 % du séjour moyen sur civière des usagers hospitalisés;
- augmentation de 4,9 % du nombre d'usagers sur civière;
- augmentation de 1,7 % du nombre d'usagers en mode ambulatoire;
- augmentation de 3,1 % des arrivées en ambulance;
- taux d'occupation moyen de 145 %.

PROGRAMME INTÉGRÉ LEAN

Afin d'accroître la qualité des soins, la performance des services offerts et les conditions d'exercice du personnel et des médecins, la direction a décidé de lancer un *programme intégré d'optimisation des processus LEAN* en intégrant quatre volets clés de ses activités hospitalières :

- Service de l'urgence;
- Laboratoire d'hémodynamie;
- Laboratoire d'électrophysiologie interventionnelle;
- Bloc opératoire.

L'approche de travail retenue vise à mettre à profit l'expérience, l'expertise et la créativité des intervenants de notre organisation pour apporter des solutions aux problématiques vécues au quotidien. Le réseau de la santé compte de nombreux exemples d'amélioration à la suite d'une révision des processus et des façons de faire. Pour la majorité d'entre eux, l'implication du personnel sur le terrain a permis d'apporter des changements positifs pour les usagers et les équipes de travail. Le *programme intégré LEAN* s'inscrit dans les cinq priorités organisationnelles de l'établissement et constitue une action concrète dans le développement d'une culture d'amélioration continue.

TABLEAUX DE BORD ORGANISATIONNELS

Au cours de l'année 2010-2011, un tableau de bord organisationnel permettant d'obtenir une vue intégrée des *indicateurs stratégiques* de l'établissement a été développé respectivement pour le conseil d'administration et pour le comité de direction. Plus de quarante indicateurs stratégiques ont été retenus en tenant compte de leur pertinence et de la disponibilité de l'information s'y rattachant. Ils ont été regroupés selon deux dimensions :

1. QUALITÉ DES SERVICES RENDUS :

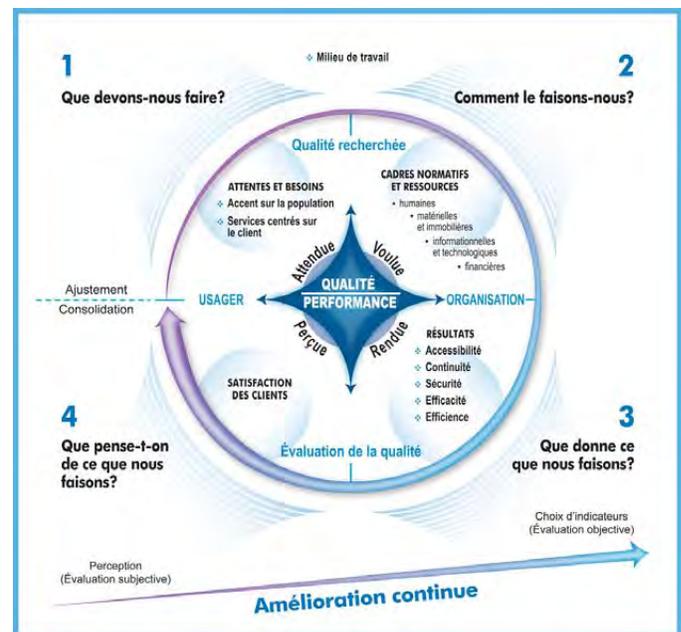
- satisfaction des usagers;
- efficacité et efficience;
- accessibilité et continuité;
- sécurité et risques.

2. GESTION DES RESSOURCES DISPONIBLES :

- ressources humaines;
- ressources financières.

Amorcés en 2011-2012, les tableaux de bord des *listes d'attente* et de la Direction des programmes (direction, programmes, unités de soins) seront complétés au cours de l'année 2012-2013, et ce, dans un esprit de cohérence avec les tableaux de bord du conseil d'administration et du comité de direction.

CADRE DE GESTION INTÉGRÉ DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE



Dans son plan stratégique 2008-2013, l'organisation s'est engagée à *mettre en place un programme intégré d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services*. En octobre 2008, le conseil d'administration a adopté un cadre de référence relatif à ce programme, où l'on retrouvait les buts et les objectifs poursuivis, la définition des concepts « qualité » et « amélioration continue » ainsi que les principes directeurs requis préalablement à l'implantation d'une telle démarche. Le modèle présenté va plus loin : il intègre le volet *performance* et il propose une *vision nouvelle, applicable à tout type d'activité (clinique, médicale, administrative)*, faisant ressortir l'étroite relation entre qualité et performance. Il illustre le fait qu'une démarche d'amélioration continue s'inscrit toujours dans un cycle, exige qu'on questionne sans cesse les façons de faire, qu'on évalue les résultats obtenus et que l'on s'ajuste au besoin. Qualité et performance ont en commun plusieurs dimensions qui, à un moment ou à un autre,

seront prises en considération. Les huit dimensions proposées par Agrément Canada dans sa définition de la qualité ont été retenues, soit :

- l'accent sur la population;
- l'accessibilité;
- la continuité des services;
- l'efficacité;
- l'efficience;
- le milieu de travail;
- la sécurité;
- les services centrés sur le client.

Pour être *efficace* et *efficiente*, une organisation doit demeurer *centrée sur les besoins de sa clientèle*, s'assurer de l'*accessibilité*, de la *continuité* et de la *sécurité* de ses services en tenant compte des ressources dont elle dispose, et ce, en offrant un *milieu de travail* stimulant pour tous.

ENTENTE DE GESTION – PERFORMANCE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2011-2012	2010-2011	
MAIN-D'ŒUVRE				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et celui des heures travaillées	4,85 %	5,09 %	4,52 %	Une augmentation importante du nombre d'heures en assurance salaire fut observée en fin d'exercice financier (P9 à P13), venant ainsi accroître le ratio.
Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,80 %	4,65 %	5,57 %	La cible est atteinte.
Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	3,88 %	2,87 %	3,22 %	La cible est atteinte.
SERVICE D'URGENCE				
Séjour moyen sur civière	12,00 h	15,4h	14,99 h	L'augmentation des activités reliées à nos missions tertiaires et les usagers de longue durée dans nos lits de courte durée ont eu un impact sur la disponibilité des lits au sein de l'établissement, ce qui réduit la disponibilité de lits pouvant être utilisés pour l'urgence. Le débordement de l'urgence fut soutenu durant les P11, P12 et P13 avec des taux d'occupation des civières pouvant atteindre jusqu'à 300 %. La problématique criante du manque d'effectifs médicaux actuellement vécue devrait avoir un impact à la hausse sur la prise en charge médicale. De plus, la fermeture du pavillon Rousseau a rendu inutilisables les lits de débordement qui s'y trouvent et a nécessité de nombreux réaménagements (1 ^{er} Notre-Dame). PLAN D'ACTION : - Poursuite de la mise en place du programme Alliance. - Révision de plusieurs trajectoires de patients (ex. : chirurgie cardiaque, chirurgie bariatrique) pour diminuer les séjours préopératoires et améliorer la planification des départs. - Réorganisation des modalités de prise en charge de la clientèle (ex. : application plus systématique des ordonnances collectives). - Projet LEAN - Urgence à partir de mai 2012.
Pourcentage de séjour - 48 heures et plus sur civière	3,64 %	0,29 %	0,11 %	La cible est atteinte.
Pourcentage de séjour - 24 heures et plus sur civière	25,30 %	20,40 %	S/O	La cible est atteinte.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2011-2012	2010-2011	
ACTIVITÉS CHIRURGICALES				
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	90 %	66 %	S/O	<p>En 2011-2012, nous atteignons un pourcentage de 65,9 % des patients traités dans les délais, ce qui représente 177 de nos 267 patients ayant eu une chirurgie oncologique. Parmi les 90 patients hors délai, 23 le sont dans une période de 29 à 35 jours, soit 1 à 7 jours d'écart. Sur une base périodique, le nombre de patients hors délai représente 3 à 5 patients. De plus, il est important de mentionner que le délai moyen se situe à 23 jours et le délai médian à 16 jours.</p> <p>CAUSES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délais d'accès en imagerie médicale - Annulation/report de cas par manque de disponibilités de plages opératoires - Quelques non-disponibilités des patients aux dates proposées <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centralisation de la gestion de la liste d'attente est actuellement en cours dans un mode de cogestion clinico-administrative et médicale - Augmentation de l'offre de service en imagerie médicale - Révision des priorités opératoire
Pourcentage des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une autre chirurgie d'un jour	90 %	97 %	100 %	La cible est atteinte.
Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de un an - chirurgie d'un jour	0	0	S/O	La cible est atteinte.
Pourcentage des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une autre chirurgie en hospitalisation	90 %	83 %	71 %	<p>Dans le cas des chirurgies avec hospitalisation, nous observons actuellement un résultat de 83,2 % en 2011-2012, soit une augmentation significative du résultat par rapport à la dernière année financière (70,5 %). La presque totalité des cas hors délai (plus de 6 mois) sont des patients en attente et en préparation pour une chirurgie bariatrique et/ou pour une chirurgie thoracique (pectus excavatum).</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accroître les volumes et comptons profiter des disponibilités supplémentaires d'anesthésiologistes pour atteindre la cible.
Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de un an - chirurgie en hospitalisation	0	4	S/O	<p>L'établissement n'est pas en mesure d'atteindre à 100 % la cible proposée, et ce, en grande partie à cause de la clientèle en chirurgie de l'obésité. Pour atteindre cette cible, la phase 4 du plan de développement du programme suprarégional de chirurgie bariatrique doit être mise en place. Les principaux éléments sont l'ajout de 1 salle d'opération, de lits d'hospitalisation ainsi que des cliniques externes pour la préparation et le suivi postopératoire.</p> <p>Compte tenu de l'utilisation maximale des lits actuellement disponibles, du temps opératoire et des cliniques externes, nous ne sommes pas en mesure de réaliser un plus grand volume opératoire en chirurgie bariatrique.</p> <p>De plus, quelques cas électifs et non urgents de réparation de la cage thoracique (pectus excavatum) ne sont pas traités à l'intérieur de un an faute de disponibilité des usagers.</p>

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2011-2012	2010-2011	
CARDIOLOGIE TERTIAIRE				
Pourcentage des demandes de services réalisées selon les délais prescrits				
ÉLECTROPHYSIOLOGIE				
Catégorie A (entre 24 et 48 heures)	65 %	64 %	57 %	<p>À la P11 2011-2012, nous étions en voie d'atteindre la cible fixée avec un résultat de 65,1 %. Cependant, la P13 est venue miner ce résultat étant donné le manque de lits au sein de l'établissement dans un contexte de débordement de l'urgence. Malgré cela, le résultat de 63,6 % constitue une amélioration significative par rapport à 2010-2011 où nous avons atteint un pourcentage de procédures réalisées dans les délais prescrits de 56,7 %.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarche pour obtenir du financement récurrent, entre autres, pour un fonctionnement à 5 jours par semaine (vs 3 jours par semaine actuellement non financé). Le financement du plateau temporaire pour les 5 jours permettrait d'atteindre la cible proposée par l'Agence. - Projet LEAN au laboratoire d'électrophysiologie interventionnelle débutant à l'été 2012.
Catégorie B (entre 48 h et 3 mois)	30 %	24 %	21 %	<p>L'augmentation des demandes pour ablation complexe, des indications d'implantation de cardiostimulateur à stimulation biventriculaire pour la clientèle en insuffisance cardiaque (procédure plus longue et temps d'utilisation de salle) et le nombre de changements du boîtier des cardiostimulateurs et des défibrillateurs (fin de vie des piles) expliquent en partie le non-respect des délais. De plus, la classification par priorité du CMQ/RQCT a été modifiée par le MSSS, mais le rehaussement sur SGAS n'a pas été complété. Par conséquent, une portion des délais est attribuable à cet écart. En 2011-2012, nous avons accru le pourcentage à 24,0 %. Encore une fois, il s'agit d'une amélioration significative de plus de 2,6 % par rapport à l'année 2010-2011 (21,4 %).</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarche pour obtenir du financement récurrent, entre autres, pour un fonctionnement à 5 jours par semaine (vs 3 jours par semaine actuellement non financé). Le financement du plateau temporaire pour les 5 jours permettrait d'atteindre la cible proposée par l'Agence. - Projet LEAN au laboratoire d'électrophysiologie interventionnelle débutant à l'été 2012.
HÉMODYNAMIE				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	85 %	79 %	75 %	<p>Les civières dédiées en hémodynamie sont régulièrement occupées par des patients de « long séjour » et de l'urgence ne pouvant être transférés dans des lits de cardiologie faute de disponibilité.</p> <p>De plus, les procédures plus complexes et plus longues ont un impact sur les hors délai :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valvuloplastie percutanée; - occlusion chronique; - fermeture auricule gauche; - angioplastie sous anesthésie générale. <p>À la fin de l'année 2010-2011, nous avons atteint un pourcentage de procédures réalisées dans les délais prescrits dans une proportion de 75,1 %. Suite à des efforts importants, nous avons augmenté cette proportion à 78,7 % à la P13 2011-2012, une progression remarquable étant donné les 7 094 (en excluant les 2 827 angioplasties dans la foulée) procédures effectuées jusqu'à maintenant sur nos 4 plateaux techniques que nous utilisons à pleine capacité.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révision du processus d'entretien préventif des équipements (éviter de fermeture de salles du laboratoire). - Réorganisation du mode de fonctionnement au Centre de soins de jour pour les patients ambulants. - Collaboration aux travaux régionaux pour l'organisation des services à la personne âgée pour diminuer l'occupation des lits de courte durée par des patients de longue durée. - Projet LEAN au laboratoire d'hémodynamie (approche Kaizen) débutant à l'été 2012. - Mise en place de mesures clinico-administratives.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2011-2012	2010-2011	
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	70 %	55 %	46 %	<p>Les patients se retrouvent hors délai puisque nous donnons l'accès aux priorités 2 à 4 de la catégorie A en premier; donc, notre catégorie B est par conséquent pénalisée.</p> <p>La cible de 70 % constitue un défi majeur pour l'organisation étant donné la complexité des procédures à accomplir et la disponibilité des lits.</p> <p>En raison de la problématique des clientèles desservies à l'IUCPQ (âge élevé), nous ne pouvons utiliser au maximum les lits dédiés et les civières utilisées en hémodynamie. Plus de 50 % de nos patients en cardiologie ont plus de 75 ans; cet état de situation vient influencer notre capacité d'hospitalisation de ces patients. Ainsi, 20 % de nos civières et lits dédiés en hémodynamie sont utilisés pour des patients en médecine cardiaque.</p> <p>Pour les clientèles des régions éloignées, nous observons une problématique quant à l'horaire des transports (EVAQ) puisque la majorité des arrivées sont faites en fin de journée, des départs à 72 heures après leur arrivée, accroissant ainsi la durée de séjour des patients.</p> <p>Malgré cela, nos efforts concertés ont permis d'améliorer significativement le pourcentage de procédures effectuées dans les délais prescrits.</p> <p>À la fin de 2010-2011, nous avons atteint 45,6 %, résultat que nous avons significativement amélioré avec le résultat actuel de 55 %.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révision du processus d'entretien préventif des équipements (évitement de fermeture de salles du laboratoire). - Réorganisation du mode de fonctionnement au Centre de soins de jour pour les patients ambulants. - Collaboration aux travaux régionaux pour l'organisation des services à la personne âgée pour diminuer l'occupation des lits de courte durée par des patients de longue durée. - Projet LEAN du laboratoire d'hémodynamie (approche Kaizen) débutant à l'été 2012. - Mise en place de mesures clinico-administratives.
CHIRURGIE CARDIAQUE				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	90 %	90 %	91 %	La cible est atteinte.
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	90 %	79 %	92 %	<p>La difficulté à atteindre la cible pour la catégorie B s'explique en partie par la lourdeur des cas, la diminution d'une disponibilité opératoire le jeudi au profit de l'EEP, l'augmentation du nombre de références, les procédures pour les valves percutanées (80) et la surspécialisation de certaines chirurgies.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en disponibilité de plages en chirurgie cardiaque pour les procédures plus longues devrait améliorer cette situation au cours de la prochaine année. - Projet LEAN du bloc opératoire à l'automne 2012.

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2011-2012	2010-2011	
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation / orientation vers la longue durée	3	3,55	6,30	- L'augmentation, la moyenne d'âge élevée et le profil de clientèle avec les maladies chroniques a un impact important. - Incapacité d'envisager un retour à domicile sécuritaire, considérant les besoins de l'utilisateur, l'épuisement du réseau et l'offre de service disponible au CSSS. PLAN D'ACTION : - Participation aux travaux régionaux (travail conjoint avec la première ligne). - L'adoption et l'implantation actuelle de l'approche adaptée à la personne âgée .
Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	3	3,96	1,65	Nous utilisons au maximum nos 5 lits de soins palliatifs pour atteindre cette cible. Malgré cela, le nombre de patients est passé à 3,89 à la P11 de 2011-2012 comparativement à 1,94 en 2010-2011. CAUSE : - Manque de lits de soins palliatifs dans les CSSS et autres centres. PLAN D'ACTION : - participation aux travaux régionaux (travail conjoint avec la première ligne).
Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	3	1,55	0,04	La cible est atteinte.
Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3	1,87	4,09	La cible est atteinte.
Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	7,26	7,14	Les facteurs qui suivent expliquent l'accroissement des durées moyennes de séjour: - Insuffisance de ressources publiques disponibles à court terme. - Incapacité d'envisager un retour à domicile sécuritaire considérant les besoins de l'utilisateur, l'épuisement du réseau et l'offre de service disponible au CSSS. PLAN D'ACTION : - Participation aux travaux régionaux (travail conjoint avec la première ligne).
Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	0,49	0,20	La cible est atteinte.
Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	3	0	0,01	La cible est atteinte.
Taux de déclarations en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus	5,0 %	2,6 %	3,0 %	La cible est atteinte.

10 Enjeu dix

LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE

L'information clinico-administrative représente une des pierres angulaires du développement de l'établissement, de la gestion de sa performance et du contrôle de la qualité. Les utilisateurs doivent pouvoir compter sur de l'information de qualité, facile d'accès, disponible au moment opportun et au bon endroit.

ORIENTATIONS :

S'ASSURER D'UN ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE STABLE ET SÉCURITAIRE;

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À DE L'INFORMATION PERTINENTE ET DE QUALITÉ EN TEMPS OPPORTUN.

COMITÉS SANS PAPIER

Le conseil d'administration, le comité de direction et le comité consultatif à la Direction générale fonctionnent à présent dans un environnement sans papier. En effet, trois microsites sécurisés et encryptés permettent d'accéder à tous les documents névralgiques en format numérique, disponibles autant de l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement, grâce notamment à la technologie sans fil et aux passerelles Internet. En plus de générer des gains appréciables en temps et en accessibilité, l'Institut s'engage pas à pas vers un développement durable.

ACCÈS AU SYSTÈME D'ARCHIVAGE D'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

Au cours de l'année, un serveur permettant d'accéder à distance au système d'archivage MUSE des examens du Service d'électrocardiographie a été mis en place. Ainsi, il est maintenant possible d'accéder à plus d'un million d'examens de type ECG, d'épreuves à l'effort et de Holter de ce système d'archivage, et ce, à partir de plus d'une centaine de postes informatiques.

REHAUSSEMENT DU SYSTÈME D'ARCHIVAGE D'ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE

À l'hiver 2011-2012, le système d'imagerie médicale du Service d'échographie cardiaque a été mis à jour. Le système installé en 2004 a été remplacé par une technologie de pointe capable de supporter la production clinique actuelle et future, compte tenu de la demande toujours croissante. Cette récente mise à jour permet d'accéder aux études d'échographies cardiaques et à leur rapport des quatre coins de l'établissement.

REPLACEMENT DU SYSTÈME DE TÉLÉMÉTRIE

À l'automne 2010, le système de télémétrie a été remplacé, passant d'un système analogique à un système numérique. Ce nouveau système permet la surveillance simultanée de près de 100 usagers à risque de troubles cardiaques. Au cours de l'année, une application Internet, facilitant la consultation en temps réel des tracés des usagers à partir des postes informatiques des unités de soins, a été déployée.

DÉPLOIEMENT DU SANS FIL



Le Service des systèmes d'information a ajouté à son offre de service la disponibilité du réseau sans fil. Accessible partout dans les secteurs de soins, l'accès sécurisé à Internet permet aux adhérents de consulter les sources d'informations cliniques en ligne sans avoir à se rendre à un poste de travail. Cette base de service étant maintenant opérationnelle, d'autres services applicatifs seront rendus également accessibles via les appareils sans fil, entre autres le PACS et les tracés de télémétrie. À vocation d'abord clinique, il est également prévu d'ajouter des services administratifs et de soutien sur le réseau sans fil, au cours des prochaines années.



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

VINCENT GAUDREAU, M.D. PNEUMOLOGUE

ROXANNE PARRIEAU NUTRITIONNISTE

DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ

Une démarche a été initiée afin d'évoluer vers la mise en place du dossier clinique informatisé (DCI). Plusieurs étapes sont à franchir pour mettre à terme le projet DCI. Au cours de l'année, les travaux suivants ont été mis en œuvre :

- l'accès au dossier santé Québec (DSQ) et formation des pharmaciens;
- la formation des chargés de projet pour l'application informatique de gestion des formulaires (GDF);
- l'installation de l'interface avec ADT pour l'accès à Cristal-Net, qui est la solution informatique DCI retenue au niveau régional;
- le dépôt du dossier d'affaires et du plan de financement du projet de numérisation des dossiers à l'Agence et au ministère;
- la mise en place de l'infrastructure de coordination du projet DCI.

Les travaux se poursuivent afin de réunir et de déployer les conditions gagnantes nous permettant d'évoluer vers le DCI.



11 Enjeu onze

LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT



La notoriété d'une organisation et son rayonnement sur la place publique passent, entre autres, par une forte image corporative. L'établissement n'est pas reconnu à sa juste valeur auprès de certains publics. Il faut se distinguer et rayonner davantage en faisant valoir nos spécificités ainsi que la compétence du personnel, des médecins et des chercheurs.

ORIENTATION : SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE.

DÉPLOIEMENT D'EFFORTS CONCERTÉS POUR SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE

En considérant sa notoriété acquise au cours des 94 dernières années, ses services ultraspecialisés et son caractère suprarégional, l'Institut est un centre hospitalier d'envergure reconnu non seulement au Québec, mais aussi sur la scène nationale et internationale. L'Institut est un établissement de santé bien implanté dans la communauté sociale et économique de sa région. Bien que la réputation de l'établissement ne soit plus à faire, il est primordial de maintenir cette image de marque, d'abord par souci de transparence, et afin d'élargir nos horizons et de faire connaître à la population l'expertise et le savoir de haut niveau qui s'y trouvent. L'organisation doit davantage confirmer sa réputation innovatrice, créative et de leader en accentuant le nombre de sorties publiques afin de gagner en popularité. Ce souci de parfaire l'image est primordial, puisqu'il permet d'accroître sa visibilité et sa crédibilité auprès de ses clientèles, ses partenaires et ses subventionnaires. L'effet multiplicateur génère des bénéfices à moyen et long termes, notamment sur la rétention et le recrutement du personnel, des médecins et des chercheurs.



L'établissement est présent sur Internet depuis six ans. Depuis deux ans, l'Institut s'est également positionné sur les médias sociaux. Ces outils de communication contribuent à l'amélioration du climat social par une mise en valeur de la qualité du travail effectué par notre personnel. Afin d'être un centre attractif, une vidéo axée sur le recrutement a été réalisée et s'est démarquée sur ces médias électroniques. De plus, les différentes activités médiatiques organisées et diffusées augmentent le rayonnement de l'organisation, reflétant notre souci d'être au service de la communauté. Grâce aux médias sociaux, notre établissement est plus que jamais un centre attractif pour de nouvelles recrues et stimulant pour notre personnel.

PLUSIEURS ACTIVITÉS MÉDIATIQUES ONT ÉTÉ ORGANISÉES AFIN DE DÉMONSTRER NOTAMMENT LE LEADERSHIP ET LES PRATIQUES MÉDICALES INNOVATRICES RÉALISÉES. EN VOICI QUELQUES-UNES :

- subventions pour l'aménagement de l'Urgence;
- découverte du groupe de recherche en hypertension pulmonaire;
- soutien aux chirurgiens cardiaques du CHUS (Sherbrooke) par l'équipe des chirurgiens cardiaques de l'Institut;
- l'Institut : leader canadien dans le contrôle de l'asthme à l'aide de la thermoplastie bronchique, un traitement non pharmacologique pour les usagers asthmatiques;

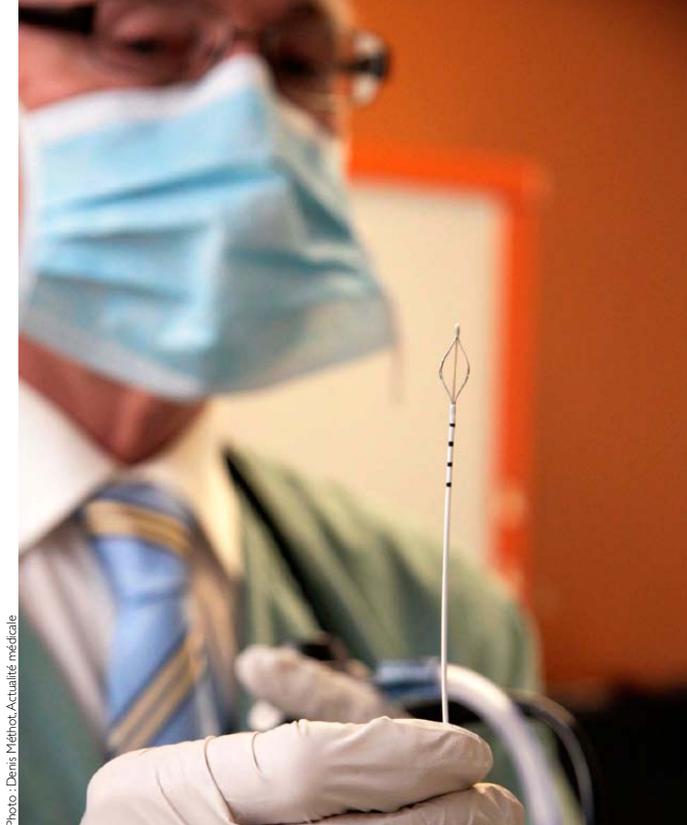


Photo : Denis Méthot, Actualité médicale

Introduit par le nez à l'aide d'un cathéter, ce système applique une énergie thermique à la muqueuse bronchique et vise à réduire la quantité de muscles dans la paroi bronchique et, conséquemment, diminuer l'intensité du bronchospasme et des symptômes de l'asthme.

- le Dr^e Éric Larose, cardiologue et chercheur, participe avec l'Institut de cardiologie de Montréal à une étude-clinique internationale visant à rendre disponible une endoprothèse vasculaire biorésorbable;
- subventions de plus de 20 M\$ pour le Centre de recherche de l'Institut;



Dr^e Denis Richard, directeur du Centre de recherche de l'Institut, M. Michel Delamarre, directeur général de l'Institut, M. Sam Hamad, ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et ministre responsable de la Capitale-Nationale, Mme Madeleine Nadeau, présidente du CA de l'Institut, M. Christian Lessard, président du CA de la Fondation de l'Institut, M. Claude Lévesque, PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et M. Denis Brière, recteur de l'Université Laval.

- l'Institut lance un documentaire populationnel sur l'asthme afin de mieux comprendre et vivre avec cette maladie;
- première Chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique au Canada pour venir en aide aux personnes souffrant d'obésité sévère;



Photo : Marc Robitaille, UL

Dr^e Simon Biron, chirurgien, M. Réjean Laprise, patient, Dr^e André Tchernof, titulaire principal de la Chaire et Dr^e Fady Moustarah, titulaire agrégé.

- pour une cinquième année consécutive, le Service de l'urgence de l'IUCPQ se classe premier au Québec;
- important rassemblement santé à Québec dans le cadre du Grand défi Pierre Lavoie, en collaboration avec l'Institut;
- l'Institut souligne, à sa façon, la Journée nationale du sport et de l'activité physique;





D^r Stéphan Langevin du CHA, D^r Mario Sénéchal de l'Institut, M^{me} Lucie Lévesque, greffée du cœur, M^{me} Carole Lebeau de Québec-Transplant, D^{re} Isabelle Houde du CHUQ

- les hôpitaux de la région de Québec mobilisés pour le don d'organes et de tissus;
- l'approche radiale pour l'angiographie et l'angioplastie des coronaires : les résultats présentés durant le congrès de l'American College of Cardiology confirment le rôle de premier plan des Canadiens.

ACTIONS PUBLIQUES MENÉES POUR INFORMER LA POPULATION	2011-2012	2010-2011	2009-2010
Conférences de presse tenues	10	10	8
Communiqués de presse diffusés	27	35	20
Information diffusée sur les médias sociaux	86	170	---
Demandes d'entrevues des médias et tournages réalisés	230	258	250
Articles recensés dans la presse écrite et numérique	147	151	155
Reportages diffusés aux bulletins de nouvelles à la radio et à la télévision, à diffusion unique (excluant les reprises)	188	156	130
Visiteurs ayant parcouru le site Internet IUCPQ.qc.ca	221 000	177 000	168 000

SOIRÉE RECONNAISSANCE POUR LES PERSONNES AYANT ATTEINT 25 ANS DE SERVICE ET LES PERSONNES RETRAITÉES

La soirée a eu lieu le 10 novembre 2011 au Musée national des beaux-arts du Québec. Cette soirée a permis de souligner le travail exceptionnel de 105 personnes provenant de l'ensemble des directions de notre organisation, dont 80 étaient présentes.

SOIRÉE HOMMAGE AUX BÉNÉVOLES



M^{me} Nicole Morin, présidente de l'Association des bénévoles, M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice de la Direction des programmes, M^{me} Lisette Michaud, récipiendaire du prix Charlotte-Martin-Métivier, M. Michel Delamarre, directeur général, M^{me} Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration

Afin de reconnaître l'apport indiscutable des bénévoles au sein de l'organisation, la direction a convié ses bénévoles à l'édition 2011, le 17 novembre dernier, à l'auditorium du pavillon Marguerite-d'Youville. Cette activité a permis à la direction, au conseil d'administration ainsi qu'au personnel hospitalier de signifier aux généreux bénévoles, leur profonde gratitude envers le travail accompli au cours de la dernière année. Le prix Charlotte-Martin-Métivier a été remis à M^{me} Lisette Michaud, responsable de l'accueil et membre du conseil d'administration.

GALA RECONNAISSANCE

Le deuxième Gala Reconnaissance s'est tenu le 19 mai 2011 à l'auditorium du pavillon Marguerite-d'Youville et a permis de reconnaître le talent et la créativité de certains employés et médecins. Plus de cent personnes, incluant les collègues et les supérieurs immédiats des personnes en nomination, ont participé à cette soirée. À l'instar du gala de l'année dernière, la remise du prix d'Excellence a été le point culminant de la soirée. Les gagnants des différentes catégories sont :





CATÉGORIE 1 : AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La lauréate pour cette catégorie a été M^{me} Isabelle Perreault. Une mention spéciale a été remise à l'équipe du Département de pharmacie.



M^{me} Isabelle Perreault



Équipe du Département de pharmacie

CATÉGORIE 2 : GESTION (CADRES AVEC OU SANS SUPERVISION D'ÉQUIPE)

La lauréate pour cette catégorie a été M^{me} Claudine Turcotte. La mention spéciale a été remise à M^{me} Mélanie Lemelin.



M^{me} Claudine Turcotte



M^{me} Mélanie Lemelin

CATÉGORIE 3 : ESPRIT D'ÉQUIPE ET DE COLLABORATION

La personne lauréate pour cette catégorie a été M. Sylvain Turcotte. La mention spéciale a été remise à M^{me} Danie Marquis.



En l'absence de M. Sylvain Turcotte, c'est M^{me} Mélanie Lemelin qui a accepté son prix

M^{me} Danie Marquis



CATÉGORIE 4 : ENGAGEMENT AU QUOTIDIEN

La lauréate pour cette catégorie a été M^{me} Guylaine Gervais. La mention spéciale a été remise à M^{me} Annie Létourneau.



M^{me} Guylaine Gervais



M^{me} Annie Létourneau

Le point culminant de la soirée a été la remise du Prix d'excellence qui, cette année, a été décerné à M^{me} Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie.



M^{me} Line Grisé du conseil d'administration, M^{me} Sylvianne Picard et M. Michel Demarre, directeur général

CATÉGORIE 5 : RECHERCHE

Le lauréat de cette catégorie est D^r Philippe Pibarot.



D^r Philippe Pibarot

PRIX RELÈVE INFIRMIÈRE ET INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Le comité Relève infirmière de l'Institut attribue à une jeune infirmière le prix « Relève infirmière » et, nouvellement cette année, à une jeune infirmière auxiliaire, un prix « Relève infirmière auxiliaire », de moins de cinq ans d'expérience. Ce prix est remis lors du Cocktail Reconnaissance du conseil des infirmières et infirmiers (CII) à des jeunes professionnels qui se sont démarqués par leur détermination, leur implication auprès de la clientèle et leur participation à améliorer la qualité des soins. En mai dernier, le prix « Relève infirmière » a été décerné à M^{me} Marianne Lavoie, infirmière clinicienne au 3^e Soins intensifs, en chirurgie cardiaque. Le prix « Relève infirmière auxiliaire » a été décerné à M^{me} Véronique Gauthier, infirmière auxiliaire au 3^e pavillon Notre-Dame.

CATÉGORIE 6 : ENSEIGNEMENT

La personne lauréate de cette catégorie a été M^{me} Nathalie Breault.



M^{me} Nathalie Breault



M^{me} Marianne Lavoie, infirmière clinicienne au 3^e Soins intensifs



M^{me} Véronique Gauthier, infirmière auxiliaire au 3^e Notre-Dame

PRIX RECONNAISSANCE LOUISE-JOBIN

M^{me} Danie Marquis s'est vue décerner le prix Reconnaissance Louise-Jobin par le conseil des infirmières et infirmiers, en mai 2011. Ce prix de distinction est remis à une infirmière reconnue par ses pairs comme une infirmière exceptionnelle qui, par ses aptitudes, son leadership, son dynamisme et ses réalisations, contribue à la qualité des soins et au développement de la profession de façon distinctive et particulière. Plusieurs infirmières de notre institution se sont distinguées lors de la 5^e édition de la Soirée reconnaissance organisée, par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.



M^{me} Danie Marquis

PRIX MENTOR

Le prix Mentor, remis annuellement par le comité relève infirmière, vise à reconnaître une infirmière ou un infirmier d'expérience qui a su soutenir les jeunes infirmières à travers les enjeux du quotidien. Cette personne partage ses connaissances et son expérience avec patience auprès des jeunes recrues, dans le souci d'assurer des soins sécuritaires et de qualité clientèle. Celle-ci est choisie par processus de vote par les jeunes infirmières de l'Institut de tous les secteurs. Cette année, le prix Mentor a été décerné à M^{me} Claire Tremblay, infirmière clinicienne en insuffisance cardiaque, au programme santé cardiovasculaire.



M^{me} Claire Tremblay, infirmière clinicienne en insuffisance cardiaque, au programme santé cardiovasculaire

PRIX SUPERVISION CLINIQUE

M^{me} Josiane Parent, infirmière clinicienne au 3^e pavillon Central, a remporté le *prix Supervision clinique*. Ce prix est décerné par la Faculté des sciences de l'Université Laval à des infirmières supervisant un rôle déterminant dans la formation pratique. M^{me} Parent se démarque parmi l'ensemble des infirmières cliniciennes par son soutien auprès des étudiants. Depuis plusieurs années, elle s'investit avec passion et démontre un intérêt marqué pour l'encadrement.





BOURSE D'EXCELLENCE

M^{me} Julie Bourque, infirmière clinicienne à l'IUCPQ, a obtenu une *Bourse à la maîtrise en sciences infirmières* décernée, dans le cadre de sa formation d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, par la Faculté des sciences infirmières.

TABLEAU D'HONNEUR 2010-2011



Lors du dévoilement du Tableau d'honneur 2010-2011, M^{me} Marie-Ève Boucher, infirmière clinicienne à l'IUCPQ, a reçu le *Mérite académique au premier cycle*, dans la catégorie du *cheminement A*. Elle s'est qualifiée pour la collation des grades de l'été 2011 avec une moyenne cumulative égale ou supérieure à 3,805 sur 4,33.



M^{me} Julie Martin, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie à l'IUCPQ, a reçu le *Mérite académique au deuxième cycle*, dans la catégorie *Maîtrise en sciences infirmières (soins tertiaires)* ainsi que dans la catégorie *Diplôme d'études supérieures spécialisées en sciences infirmières (pratique spécialisée en cardiologie)*.



25^e GALA HENDERSON ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS EN SCIENCES INFIRMIÈRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (AEEIUL)

Le **Prix Hommage** est décerné à M^{me} Maria Cecilia Gallani, chercheuse clinique à l'Institut et professeure de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, qui s'est démarquée par ses initiatives, son sens du leadership et ses recherches et qui a contribué à l'avancée de la profession.

PRIX DE L'ORDRE RÉGIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE QUÉBEC

En octobre dernier, à la chapelle du Musée de l'Amérique française, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIQ) a honoré les infirmières de la région lors du Cocktail Reconnaissance professionnelle. M^{me} Diane Pageau, infirmière au 4^e Est, s'est vue décerner le prix *Reconnaissance aux superviseuses*. M^{me} Mireille Villeneuve a reçu la *Bourse Geneviève-Lamarre* remise pour une bourse d'études à temps partiel de 2^e cycle.

PRIX ET DISTINCTIONS

PRIX EXCELLENCE EN ENSEIGNEMENT – PRIX EURÉKA



M^{me} Maria Cecilia Gallani, chercheuse à l'Institut et professeure agrégée à l'Université Laval et M. Michel Doré, étudiant à la maîtrise et chargé d'enseignement à l'Université Laval, ont remporté le *Prix Euréka* pour la production d'un document multimédia « Les arythmies cardiaques : au cœur du savoir-faire infirmier ! ». Ce prix, vise à mettre en valeur une réalisation pédagogique ou une pratique novatrice favorisant l'apprentissage.



PRIX DE LA RELÈVE EN RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. Pierre-Gilles Blanchard, étudiant au doctorat sous la supervision du D^r Yves Deshaies, a reçu ce prix attribué à chaque année à un étudiant dont le directeur de recherche est rattaché au Département de médecine. Ce prix a pour but de valoriser l'implication des étudiants des 2^e et 3^e cycles.

PRIX D'EXCELLENCE JACQUES-LEBLANC/ACCEM



Dr^e Katherine Cianflone, chercheuse à l'Institut et professeure titulaire à l'Université Laval, a eu l'honneur de recevoir ce prix d'excellence qui reconnaît les qualités exceptionnelles d'un professeur-chercheur en tant que directeur de recherche, de superviseur et de mentor auprès des étudiants à la maîtrise et au doctorat.

PRIX YVES-MORIN DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE (FACULTÉ MÉDECINE)



Dr^e Katherine Cianflone a également reçu, conjointement avec le Dr André Marette, chercheur à l'Institut et professeur titulaire à l'Université Laval, le prix Yves-Morin qui a pour but de valoriser l'enseignement et l'encadrement des étudiants de 2^e et 3^e cycles. Il est décerné chaque année par les étudiants.

MICHIGAN INDUSTRIAL HYGIENE SOCIETY 2010 BEST PAPER AWARD



Dr^e Caroline Duchaine, chercheuse à l'Institut et professeure titulaire à l'Université Laval, s'est vue remettre cette bourse.

PRIX CARRIÈRE DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL



Dr Yvon Cormier, chercheur à l'Institut et médecin clinicien enseignant à l'Université Laval, a été le récipiendaire de ce nouveau prix mis sur pied par la direction du Département de médecine afin de valoriser le travail d'enseignement ou de recherche d'un professeur du Département de médecine.



PRIX SANOFI-AVENTIS CANADA 2011

Dr Benoît Drolet, chercheur à l'Institut et professeur agrégé à l'Université Laval, a obtenu ce prix de l'Association des Facultés de pharmacie du Canada (AFPC). Ce prix vise à reconnaître l'excellence en recherche et en enseignement d'un jeune chercheur. En plus de cette reconnaissance, le Dr Drolet a été invité par l'Association à présenter ses travaux de recherche lors de la conférence annuelle de l'AFPC qui s'est déroulée à Winnipeg du 5 au 7 juin 2011.



ORDRE DU CANADA

Dr Jean Deslauriers, chercheur à l'Institut et médecin clinicien enseignant à l'Université Laval, a été reçu au sein de l'Ordre du Canada. Son Excellence le très honorable David Johnston, gouverneur général du Canada, a annoncé le 30 décembre dernier, les nouveaux récipiendaires. Ces nominations sont faites selon les recommandations du Conseil consultatif de l'Ordre du Canada. L'Ordre du Canada, l'une des plus prestigieuses distinctions honorifiques civiles de notre pays, a été créé en 1967, durant l'année du centenaire du Canada, pour reconnaître l'œuvre d'une vie, le dévouement exceptionnel d'une personne envers la communauté ou une contribution extraordinaire à la nation.



MÉDAILLE GLOIRE DE L'ESCOLLE

Dr Jean-Pierre Després, chercheur à l'Institut et professeur titulaire de l'Université Laval, a été le récipiendaire de la Médaille Gloire de l'Escolle. Ce prix lui a été décerné lors de la 60^e cérémonie de remise des Prix Grands diplômés, qui s'est tenue le mercredi 4 mai 2011, à l'Université Laval. La Médaille, instaurée d'abord sous le nom de Médaille des Anciens de Laval en 1951, fut remise pour la première fois le 21 septembre 1952 afin de solenniser les fêtes du Centenaire de Laval. La médaille qui symbolise la Gloire de l'Escolle (du vieux français) sert à souligner le mérite d'anciens diplômés et représente un symbole d'action et d'honneur des diplômés de l'Université Laval.



PRIX D'EXCELLENCE EN MENTORAT LOUIS-LAROCHELLE

Dr François Maltais, chercheur à l'Institut et médecin clinicien enseignant à l'Université Laval, a reçu ce prix d'excellence qui vise à récompenser un professeur de la Faculté de médecine dont les initiatives d'accompagnement de collègues et particulièrement de professeurs-chercheurs en début de carrière sont remarquables.



PRIX MARC-JULIEN

Dr Steeve Provencher, chercheur à l'Institut et médecin clinicien enseignant à l'Université Laval, a remporté le prix Marc-Julien. Ce prix est décerné annuellement par les résidents du programme de médecine interne à un médecin enseignant qui se démarque par son travail fait au sein des hôpitaux d'enseignement.



MENTION DU CONSEIL DU SPORT DE HAUT NIVEAU DE QUÉBEC

Dr^e Julie Turmel, professionnelle de recherche dans l'équipe du pneumologue Louis-Philippe Boulet, a reçu une mention du CSHNQ lors du Gala Victoris. M^{me} Turmel, Ph.D., spécialiste en santé cardiorespiratoire chez les athlètes de haut niveau, travaille au Centre de recherche de l'Institut et assure le dépistage des problèmes cardiorespiratoires et le suivi clinique des athlètes qui consultent en cardiologie ou en pneumologie.

LE CENTRE DE RECHERCHE

Le Centre de recherche, de par son rayonnement national et international, contribue de façon importante au rayonnement de l'établissement. Au cours de la dernière année, les chercheurs ont publié plus de 367 articles, dans les plus grandes revues internationales à caractères scientifique telles que : *Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *The Journal of the American Medical Association*, *Circulation*, *The Journal of Clinical Investigation*, *The Journal of Experimental Medicine*, *Annals of Neurology*, *Archives of Internal Medicine*, *European Heart Journal*, *Journal of the American College of Cardiology*, *PLoS Biology* et autres.

Les chercheurs participent aussi sur une base régulière à différents congrès et colloques internationaux. Plus de 300 conférences et 450 abrégés ont été présentés à travers le monde par les médecins, chercheurs et étudiants du CRIUCPQ. En tant que chefs de file dans leur domaine, des chercheurs du centre organisent régulièrement des événements majeurs :

- le Symposium du Québec sur les maladies valvulaires cardiaques;
- le préceptorat de la Chaire internationale sur le risque cardiometabolique;
- le Symposium annuel de la Chaire de recherche sur l'obésité;
- le Canadian Obesity Student Meeting;
- le Symposium de la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval;
- le Congrès international sur l'obésité abdominale (tenu à Buenos Aires en février 2011);
- Le Symposium Canada / Suède, Knowledge Transfer in Primary Care :The Model of Allergic Respiratory Diseases;
- Le Congrès mondial de l'Association internationale d'asthmologie (Interasma).

Ces activités, organisées au Québec ou ailleurs dans le monde, réunissent les plus illustres chercheurs internationaux et permettent les échanges sur les études en cours et les nouvelles découvertes. D'ailleurs, en 2011, plusieurs chercheurs ont fait les manchettes de différents journaux suite aux découvertes importantes. À titre d'exemple, notons le Dr Denis Richard dont les travaux sur la graisse brune ont été rapportés dans le *New York Times*.



Soulignons aussi la performance exceptionnelle du Dr Jean-Pierre Després, directeur de l'axe de recherche en cardiologie et titulaire de la Chaire de recherche internationale sur le risque cardiométabolique (ICCR) qui selon l'organisme Science Watch se classe au 1^{er} rang parmi plus de 110 000 auteurs pour le nombre d'articles publiés dans le domaine du syndrome métabolique.

PRIX ET DISTINCTION

L'Institut s'est valu un *Mérite d'architecture* de la Ville de Québec dans la catégorie *Édifices publics et institutionnels* pour le projet d'agrandissement du pavillon de recherche clinique (pavillon U).

A photograph showing a caregiver in blue scrubs and glasses assisting an elderly man with a walker. The man is wearing a colorful plaid robe and glasses, and is smiling. The setting appears to be a hospital or care facility room.

TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE

Au cours de l'année, nous recevons de nombreux témoignages de gratitude de la part de notre clientèle. En voici quelques-uns.



SERGE BELLEVILLE, PROFESSEUR RESPONSABLE DE L'ÉCOLE DE YOSEIKAN BUDO DE PORTNEUF, DÉTENTEUR DE SIX CEINTURES NOIRES

À l'âge de 43 ans, il m'apparaissait étrange de ressentir des douleurs à la poitrine. Sur recommandation de mon garçon qui s'inquiétait de mon état, je me suis présenté à l'Urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Après consultation avec le médecin, on m'a hospitalisé et suite à deux jours de tests et d'analyses, j'ai dû subir une intervention au Département d'hémodynamie pour recevoir un tuteur. Malgré la stabilisation de mon état, je demeure maintenant prudent et attentif.

Je tiens à remercier le personnel infirmier pour leur disponibilité et les soins prodigués avant et après l'intervention.

AU PERSONNEL DU 4^e EST

Un gros merci à tous! Le lundi 21 février, j'ai été hospitalisé à l'Urgence pour ensuite être transféré au 4^e Est. J'ai alors été pris en charge par la formidable équipe que vous êtes! Durant mon séjour qui s'est terminé le 2 mars, je n'ai connu que respect, compréhension, empathie, sourires bienveillants, encouragement et dévouement de la part de tous, préposés, infirmières, médecins et personnel de l'entretien ménager (...). Je me réjouis d'avoir été pris en charge par une équipe soignante et professionnelle. Je vous suis très reconnaissant pour tous vos bons soins et vous dis un gros merci!

Pierre Côté

APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

À la Direction générale,

La présente est à l'effet de vous informer de notre satisfaction quant aux soins prodigués à Roland Hardy lors de son séjour à votre institut. Nous tenons à vous faire part des qualités spéciales du chirurgien D^r Richard Baillot qui a pratiqué l'opération de quadruple pontage le 15 décembre dernier. En effet, D^r Baillot est un professionnel de la santé chevronné et sérieux. Il s'agit ici d'un homme d'exception qui excelle dans son secteur d'activité. Il a performé malgré l'état d'anxiété du patient, et par la suite a rassuré la famille. Nous souhaitons que nos remerciements lui parviennent rapidement. En ce qui concerne le personnel infirmier du 2^e étage Notre-Dame ainsi que du 3^e étage Soins intensifs, le dévouement et la préoccupation constante du bien-être du patient nous ont agréablement surpris. L'attitude positive et les encouragements de ces personnes ont fait la différence. Nous avons grandement apprécié leur comportement tout à fait approprié. Quant à l'équipe du secteur Recherche qui a accueilli le patient le 25 janvier pour prises de sang, saisie de données et rencontre ultérieure avec D^r Baillot et son assistante à la clinique externe, nous n'avons que des éloges pour ces gens. Nous remercions ici tous les employés qui, de près ou de loin, ont contribué au retour à la santé du patient. Il est évident que la Direction générale doit être mise au courant de ces faits qui sont à la hauteur de la renommée de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Veuillez accepter nos sincères remerciements et nos plus cordiales salutations.

Florence Laverdière-Hardy et famille
Donnacona (Québec)

OBJET : M^{me} ANNE GODIN, PHYSIOTHÉRAPEUTE

La teneur du témoignage ci-après est destinée à la publication dans le journal mensuel l'Institut. Qui est la perle rare ? À la suite d'une lobectomie, j'ai dû avoir recours aux services de plusieurs personnes afin d'améliorer ma santé future. Parmi ces gens dévoués, je désire souligner la contribution d'une physiothérapeute professionnelle de l'Institut, M^{me} Anne Godin. À mon humble avis, madame Godin reflète l'association harmonieuse de plusieurs caractéristiques que l'on retrouve très rarement chez une seule et même personne. Pour être bref, je me limiterai à certaines qualités dont la liste n'est pas exhaustive, qui m'ont touché particulièrement :

- une approche patient qui inspire la confiance;
- une écoute attentive de tous les instants;
- un esprit clairvoyant;
- une conscience professionnelle irréprochable;
- une discrétion impénétrable;

- une justesse dans ses conseils;
- une patience d'ange;
- une politesse raffinée;
- une assiduité régulière dans un suivi attentionné... et j'en passe.

Merci, M^{me} Godin, et félicitations pour votre excellent travail!

Donald Wayland
Sainte-Foy

BONJOUR 4^e ÉTAGE EST,

Je vous écris ce message pour remercier toutes les infirmières et infirmiers en cardiologie, M^{me} Bédard, la douce et charmante nutritionniste en alimentation ainsi que du brancardier à ceux et celles qui ont fait l'entretien de ma chambre. Ce bouquet de fleurs est peu de choses comparativement à tous les soins que vous m'avez apportés 24 heures/24. Je me rétablis graduellement et j'espère tous vous revoir, mais pas dans les mêmes circonstances. Je vous aime tous autant que vous êtes et je considère que vous avez été mes anges gardiens. Merci à M^{me} Claudine Turcotte, infirmière-chef au 4^e Est.

Bien à vous,
Gilles Gagné

À M^{me} DOMINIQUE LÉVEILLÉE,

Il m'est essentiel de souligner dans un premier temps la gentillesse, la disponibilité et le dévouement que vous m'avez témoigné dans les rencontres et rendez-vous super bien planifiés par vous en vue d'un diagnostic suite à une radiographie pulmonaire anormale. Je tiens à vous remercier pour l'appui, la compréhension, la relation d'aide que vous m'avez apporté lors de mes visites surprises à votre bureau. Vous avez pris le temps de me répondre et de me sécuriser. Votre démarche était toujours très efficace, souvent j'avais les informations la journée même ou le lendemain une date m'était donnée. Il est bien heureux de savoir qu'il existe dans le milieu des gens de cœur qui se rendent disponibles et qui font tout pour résoudre une situation complexe et la rendre facile pour la personne déstabilisée par une mauvaise nouvelle avec sa santé. Je vous suis très reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi. Votre sourire et votre professionnalisme font que l'on peut toujours être bien accueilli et suivi dans les règles de l'art. MILLE MERCI À VOUS DOMINIQUE!

Paulette Julien

Sincères remerciements à tout le personnel de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, d'une façon particulière aux instructeurs du PPMC et surtout Thierry et Sarah qui m'ont accueilli le matin du 20 septembre 2011, lorsque je me suis présenté pour m'entraîner. Je vivais un essoufflement et une douleur à la poitrine et avec leur flair et leur professionnalisme, ils ont pris ma pression et sans hésitation, ils m'ont poussé en fauteuil roulant jusqu'à l'Urgence où j'ai été admis et reçu des soins dès mon arrivée jusqu'au lendemain, soit une journée et demie plus tard. Le personnel soignant, médecins et infirmières m'ont procuré des soins hors pair avec une délicatesse et un sourire digne de mention. Je lève mon chapeau aussi à tous les endroits où j'ai subi des examens. Ils méritent cinq étoiles pour un travail accompli avec passion et amour. Je ne voudrais pas oublier les brancardiers qui viennent nous chercher pour des examens dans tous les coins de l'hôpital et qui nous indiquent les directions à prendre aux endroits que nous cherchons lorsqu'on semble perdu. J'aimerais remercier en dernier lieu parmi le personnel, mais non le moindre, les personnes de l'entretien ménager, qui gardent tous les endroits propres et reluisants avec un sourire impeccable.

Bien à vous,
Joseph-Robert Boyd

OBJET : REMERCIEMENTS

Le 25 septembre 2011, mon père de 87 ans a été admis à l'Urgence vers 9 h du matin puisqu'il avait beaucoup de difficulté à respirer. Nous savions depuis près d'un an qu'il avait un cancer du poumon droit, mais il avait choisi volontairement et en connaissance de cause de ne pas avoir de traitements pour profiter pleinement des derniers mois de sa vie. Nous savions qu'en se rendant à l'Urgence en ambulance dimanche matin, qu'il ne reviendrait probablement pas à la maison. Je suis donc demeuré avec lui du début de l'après-midi jusqu'à son décès le lendemain matin. Je tiens à souligner le travail remarquable de l'équipe de l'Urgence, qui malgré un débordement de la demande cette journée-là, a su s'occuper de mon père et me permettre de demeurer à ses côtés. Je remercie le Dr Pronovost qui a prodigué le protocole de soins de confort qui a permis à mon père de ne pas souffrir, mais plus particulièrement à l'infirmier M. Simon Boisvert qui s'est occupé d'administrer les soins. M. Boisvert a non seulement démontré un sens de l'éthique et un professionnalisme incroyable, mais malgré un quart de travail qui a débuté à 7h 15 le matin et qui s'est terminé à 23 h 30 en fin de soirée, a pris la peine de passer une dernière fois pour s'assurer du confort de mon père et informer l'infirmière de relève du suivi à effectuer durant la nuit. Je garderai donc un souvenir particulier pour ce jeune infirmier. En terminant, j'aimerais qu'une copie de cette lettre soit remise à M. Boisvert en guise de remerciements pour les soins prodigués à mon père, M. Roger Campagna.

Jimmy Campagna
Saint-Augustin-de-Desmaures

À TOUTE L'ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS DU PAVILLON NOTRE-DAME

Le 11 octobre 2011, ma tendre épouse M^{me} Suzanne White Laroche, celle que j'appelais ma puce, décédait après son arrivée sur votre étage. Je ne sais comment vous exprimer sa reconnaissance et aussi la mienne car les mots ne suffisent pas quand les choses viennent du cœur. Mais je suis certain que sa lente agonie aurait été beaucoup plus difficile sans votre professionnalisme, votre dévouement, votre respect du patient, votre patience, votre empathie et l'immense tendresse que vous avez eus envers elle. La douleur de mes enfants, de ses sœurs, de son frère et la mienne est allégée par le souvenir des bons soins que vous lui avez prodigués. Dans un monde où l'individualisme semble régner, retrouver une équipe, qui sans exception, travaille quotidiennement auprès des malades de cette façon c'est comme trouver un trésor.

Je vous remercie bien sincèrement,
Denis Laroche

OBJET : REMERCIEMENTS

Monsieur le Directeur général,

J'ai été admis d'urgence à l'IUCPQ (Hôpital Laval) au département de cardiologie, le samedi 28 août 2011. Je vous écris pour exprimer à travers vous ma profonde gratitude à tout le personnel d'admission et le personnel chargé des soins pour leur dévouement, abnégation et professionnalisme. La gentillesse, la courtoisie et la rapidité avec lesquelles ils se sont occupés de mon cas méritent d'être soulignées et portées à votre attention. D'habitude les gens se plaignent des mauvais traitements et du manque de diligence qu'ils confrontent dans les Services de santé. Dans mon cas, je n'ai que des éloges et des remerciements à exprimer. Je soulignerai en particulier les services du Dr Stéphane Rinfret et du Dr Bernard Cantin ainsi que des infirmières qui les assistaient. C'est en exprimant encore une fois ma profonde gratitude à tout le personnel qui s'est occupé de moi que je vous prie de croire, Monsieur le directeur général, à mes salutations distinguées.

Mahaman Balla

BONJOUR,

Je me suis présentée à l'Urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, aujourd'hui, vers 17 h 30 en crise d'asthme et en panique. À 17 h 35, une gentille infirmière passait un brassard autour de mon bras pour prendre ma pression artérielle, à 17 h 45 je rencontrais le médecin, puis l'inhalothérapeute, puis la technicienne en radiographie, puis le médecin à nouveau, et l'infirmière pour terminer. À 19 h, je quittais l'hôpital, j'allais beaucoup mieux et j'étais épatée par la gentillesse et la compétence du personnel, et également par la rapidité avec laquelle on m'a prise en charge. Je n'ai plus souvenir du nom des infirmières et autres membres du personnel, mais le médecin traitant était Dr Charles Brouillette. Je les remercie chaleureusement.

Florence Pagé-Larivière
Université Laval

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Je tiens à vous dire merci pour les bons soins que vous me prodiguez. Mon angioplastie est un succès. Moins de douleurs à l'estomac et plus de vigueur malgré mes 80 ans. Comme tout le monde, dans ma tête j'ai 20 ans sauf que même si je me cogne sur la tête, les idées ne descendent plus! Merci aussi à « l'hémodynamicien » qui a fait l'intervention, au Dr Robert De Larochellière et son équipe.

Jean Tanguay

P.S. J'ai pu chanter en solo le Minuit Chrétien au souper de Noël à St-Charles Garnier en décembre 2011... Alléluia!

Vous désirez consulter le « Recueil de témoignages de gratitude » complet? Rendez-vous sur le site Internet de l'Institut. Nous souhaitons que cet ouvrage contribue à mettre en valeur tous ceux et celles qui, dans leurs occupations professionnelles respectives, ont à cœur la santé et le bien-être de notre clientèle. C'est avec toute notre reconnaissance que nous leur dédions ce recueil.

ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme **Mallette SENCR** dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme **Mallette SENCR** peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



M. Michel Delamarre
Directeur général de l'établissement



M^{me} Francine Dubé
Directrice des ressources financières

Les états financiers récapitulatifs se retrouvent en annexe à la page 112



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

MOT DU PRÉSIDENT



Chaque année, des usagers franchissent les portes de l'Institut pour la première fois et y découvrent un centre où les soins sont humains, mais où les défis sont immenses. La Fondation désire soutenir l'Institut à répondre à ces défis et c'est pourquoi, d'année en année, elle ne cesse d'être proactive!

L'année 2011 a une fois de plus démontré l'engagement de la Fondation envers son institut: la phase 4 du Centre de recherche de l'Institut a été annoncée, phase pour laquelle la Fondation a investi près de 5 M\$. Ce projet vise la construction et l'achat d'équipements pour un laboratoire central d'imagerie cardiovasculaire, respiratoire et métabolique de même que pour des laboratoires thématiques de biologie cellulaire et moléculaire dans les domaines de la cardiologie, de la pneumologie et de l'obésité. Il s'agit d'un investissement dans une infrastructure, mais surtout dans l'expertise de notre Centre de recherche. C'est cette contribution qui est inestimable.

Également, plus de 1 M\$ a été versé aux chercheurs en cardiologie, en pneumologie et en obésité-métabolisme de l'Institut. Ce sont plus d'une trentaine de chercheurs qui pourront entamer ou poursuivre leurs projets de recherche sur les maladies qui affligent les populations d'aujourd'hui, que ce soit l'obésité, les troubles pulmonaires ou encore les problèmes cardiaques.

Nos milliers de donateurs, nos collaborateurs, nos partenaires et nos bénévoles, sans oublier les employés de l'Institut, contribuent à bâtir l'avenir de notre Institut. Sans le soutien et la générosité de tous et chacun, la Fondation n'aurait pu amasser plus de 6 M\$ cette année.

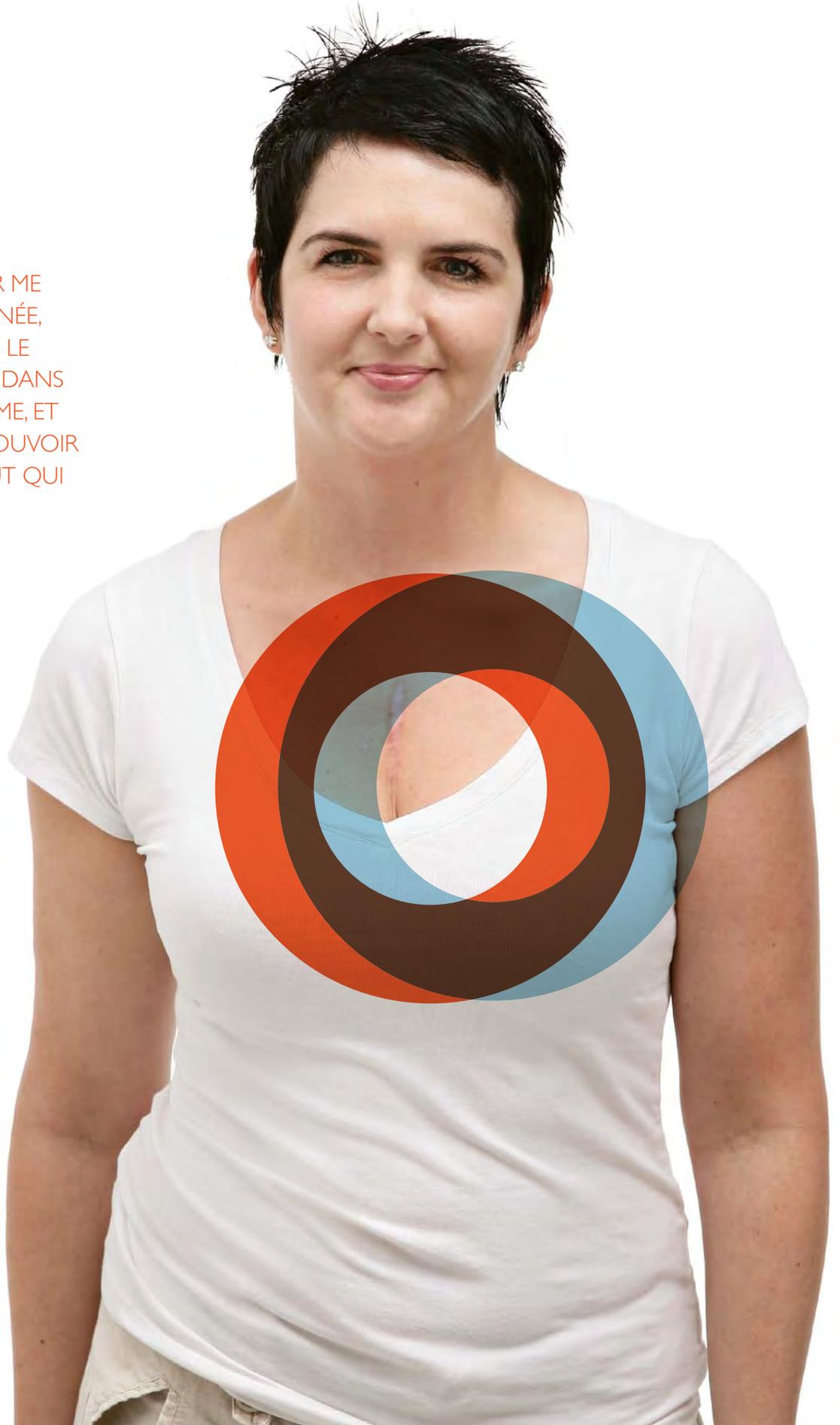
La Fondation poursuit son mandat d'appuyer l'Institut dans son développement et sa recherche d'excellence. Nous garderons toujours en tête qu'ultimement, ce sont les usagers qui pourront bénéficier des meilleurs soins. Et c'est notre motivation.

M. Christian Lessard
Président du conseil d'administration

Vice-président
Gestion des ressources humaines, matérielles et informationnelles
Investissement Québec

« JE SUIS RÉELLEMENT
HEUREUSE DE POUVOIR ME
DÉPASSER CHAQUE ANNÉE,
D'AUTANT PLUS QUE JE LE
FAIS AVEC MON CŒUR, DANS
TOUS LES SENS DU TERME, ET
JE SUIS HEUREUSE DE POUVOIR
REDONNER À L'INSTITUT QUI
M'A SAUVÉ LA VIE »

ANNIE GIRARD
GREFFÉE CARDIAQUE



AU CŒUR DE VOS PASSIONS

La 8^e édition d'*Au cœur de vos passions* a permis d'amasser plus de 200 000 \$ de profits nets, soit un record!



Au cœur de vos passions

DÉGUSTATION DE VINS RARES ET PRESTIGIEUX

Sous la présidence d'honneur de M. Pierre Lavoie, cofondateur du *Grand défi Pierre Lavoie*, 400 convives se sont donnés rendez-vous à la salle de bal du Château Frontenac, le 3 juin 2011. Ils ont eu la chance d'en connaître davantage sur les nombreux vins dégustés grâce à l'expertise de M. Alain Cloutier, directeur de comptes, Services Signature à la SAQ. Toute l'équipe de la Fondation désire remercier ceux et celles qui ont contribué, de près ou de loin, au succès de cet événement.

SEMAINE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DU PPMC

La Semaine de l'activité physique du PPMC, qui a eu lieu du 2 au 6 mai 2011, en a fait suer plus d'un! Le jeudi 5 mai, dans le cadre de la Journée nationale de l'activité physique, 350 membres du personnel de l'IUCPQ sont venus relever le *Grand défi PPMC*, accompagnés des kinésiologues, qui ont animé la séance d'exercices dirigés pendant plus de deux heures!

Grâce au soutien de plusieurs commanditaires et à celui de généreux donateurs, plus de 5 200 \$ ont été versés dans le fonds dédié au PPMC. Ce fonds permet de maintenir la qualité des équipements d'entraînement et des services offerts.



RENDEZ-VOUS FERRARI QUÉBEC 2011

Près de 100 000 \$ ont été recueillis lors du *Rendez-vous Ferrari 2011*, qui a eu lieu le samedi 13 août. Les amateurs de moteurs et de voitures de luxe ont été comblés puisqu'ils ont pu observer de près plus de 40 Ferrari, Lamborghini, Porsche, etc. L'argent amassé lors de cette 4^e édition a été remis dans le fonds Ferrari Cœur mécanique, un tout nouveau fonds de la Fondation IUCPQ créé en l'honneur de l'événement. Le but de ce fonds est d'amasser assez de sous pour que l'organisation du *Club Luigi Ferrari Québec* puisse remettre un cœur mécanique nouvelle génération à l'Institut.



LA COURSE POUR LA VIE D'ANNIE GIRARD

Après la *Descente royale* et le *Défi des escaliers*, M^{me} Annie Girard, 38 ans et greffée cardiaque à l'Institut il y a trois ans, a amassé plus de 15 000 \$, le dimanche 28 août 2011, lors de la troisième course du circuit dans le cadre du *Marathon des Deux Rives*. Au cours des dernières années, Annie a recueilli près de 50 000 \$ pour la Fondation! « Je suis réellement heureuse de pouvoir me dépasser chaque année, d'autant plus que je le fais avec mon cœur, dans tous les sens du terme, et je suis heureuse de pouvoir redonner à l'Institut qui m'a sauvé la vie », dit-elle.



CYCLO-DÉFI DE QUÉBEC 2011



Sous la présidence d'honneur du directeur du Service de police de la Ville de Québec, M. Serge Bélisle, le *Cyclo-Défi de Québec* a amassé près de 10 000 \$ pour votre Fondation! Malgré la pluie, près de 170 passionnés de vélo ont profité de l'occasion pour venir rouler au profit de la Fondation, le dimanche 21 août 2011 sur les magnifiques routes de la région de Portneuf. La Fondation IUCPQ remercie l'organisation du *Cyclo-Défi de Québec* pour leur implication et leur générosité!

BRUNCH FAMILIAL ANNUEL, 10^e ÉDITION

Sous la présidence d'honneur de M. Denis Berthiaume, premier vice-président et directeur général, Gestion du patrimoine et Assurance de personnes chez Mouvement Desjardins, président et chef de l'exploitation chez Desjardins Sécurité financière, cette activité-bénéfice a accueilli près de 300 convives à la salle de bal du Château Bonne Entente, le dimanche 13 novembre 2011.



La tenue de ce Brunch familial a permis d'amasser la somme de 55 250 \$ au profit de la Fondation IUCPQ! D^{re} Natalie Alméras, chercheuse en obésité-métabolisme au Centre de recherche de l'IUCPQ, a exposé les inquiétantes réalités quant au taux d'obésité infantile, ses causes, mais surtout ses conséquences et ses solutions. Cette année encore, les participants ont pu faire évaluer leurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires dans la zone de dépistage par des kinésiologues du Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC). De plus, D^r Alexandre Charbonneau est venu témoigner de son expérience qui représente l'envers de la médaille : chercheur à l'IUCPQ, il s'est retrouvé sans crier gare du côté des usagers.

FOUS DE LA RAMPE – THÉ À LA MENTHE OU T'ES CITRON?

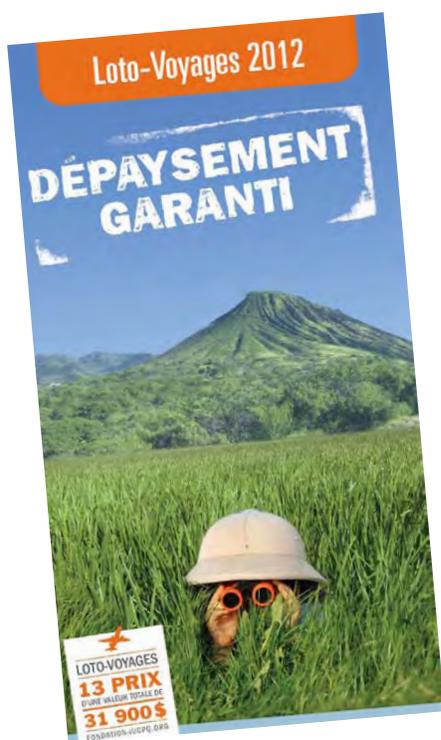


Quatre représentations et des tonnes de fous rires : c'est ce à quoi 650 spectateurs ont eu droit pour les 20 ans de la troupe les 28-29 octobre et 4-5 novembre 2011. Le talent et les efforts de la troupe Les Fous de la Rampe ont permis d'amasser un record de 7 500 \$ au profit de la Fondation. Les comédiens, Katleen Aubin, Pierre Auclair, Martin Bédard, Bianca Bilodeau-Simard, Dominick Boivin, Audrey Clavet, Mireille Genest, Maude Lachance et François Paquet, ont livré une performance exceptionnelle sur les planches du Théâtre de la Cité universitaire. La mise en scène a été assurée par Dr Frédéric Sériès, pneumologue de l'IUCPQ et professeur titulaire au Département de médecine de l'Université Laval. D^r Sériès est impliqué dans les activités de la troupe depuis sa création.

Écrite par M. Patrick Haudecoeur et M^{me} Danielle Navaro, *Thé à la menthe ou t'es citron?* a été présentée en première nord-américaine par les Fous de la Rampe! Cette année, la troupe a eu le privilège d'accueillir M. Jacques Leblanc à titre de parrain d'honneur de sa production.

LOTO-VOYAGES ÉDITION 2011

Seulement quelques jours après le début de la Loto-Voyages 2012, le 17 novembre dernier, les 800 billets de tirage ont tous trouvé preneur! L'an dernier, nous avons vendu 750 billets en deux semaines; cette année, ils se sont tous envolés en 9 jours! M^{me} Joëlle Brouillette grande gagnante de la précédente, a remporté un forfait incluant un voyage à bord du nouveau *Train du Massif* et deux nuitées au Manoir Richelieu, prix d'une valeur de 900 \$. Cette année, tous les voyages ont lieu en avion ou en bateau! De Honolulu, jusqu'en Espagne en passant par Vienne en Autriche, les gagnants auront la chance de pouvoir visiter les quatre coins du monde!



SUBVENTIONS DE RECHERCHE ET BOURSES

CONCOURS EN PNEUMOLOGIE

La Fondation IUCPQ a remis une enveloppe de 250 000 \$ au Concours en pneumologie. Dix chercheurs pourront entamer leur projet de recherche. Les Drs Steeve Provencher, Julie Milot, Yves Lacasse, Marie-Renée Blanchet, Steve Charrette, David Marsolais, Richard Debigaré, Christian Couture, Yohan Bossé et Sébastien Simard sont les heureux boursiers de la cuvée 2011 du Concours de recherche en pneumologie.

CONCOURS EN CARDIOLOGIE

En 2011, la Fondation a remis la somme de 410 000 \$ en subventions de recherche en cardiologie. Toutes les demandes d'aide financière ont été étudiées selon les critères d'excellence en recherche reconnus par le Fonds de la recherche en santé du Québec. Les bourses ont été remises aux Drs Philippe Pibarot, Paul Poirier, Patrick Mathieu, Marie Arsenault, Benoît Drolet, Frédéric Picard, Olivier F. Bertrand, Jacques Couet, Mario Sénéchal, Josep Rodés Cabau, Yohan Bossé, Jean G. Dumesnil, Jean-Pierre Déry, Maria Cecilia Gallani, Éric Larose, Patrice Brassard et Chantale Simard.

CONCOURS DE RECHERCHE EN OBÉSITÉ-MÉTABOLISME

Parce que la problématique de l'obésité ne cesse de s'accroître d'année en année partout dans le monde, et parce qu'il s'agit de l'une des trois spécialisations de l'Institut, le Concours de recherche en obésité-métabolisme a vu le jour en 2011. La Fondation IUCPQ a remis une enveloppe de plus de 100 000 \$ afin d'assurer la pérennité de la banque de tissus et pour que trois chercheurs puissent compléter leur projet de recherche. Les heureux récipiendaires sont les Drs Jean Buteau, Vicky Drapeau ainsi que Mathieu Laplante.

BOURSES GREAT-WEST LIFE

Les entreprises Great-West Life et Liberté 55 appuient depuis plusieurs années la mission de la Fondation en remettant deux bourses de 25 000 \$ chacune à des médecins et des chercheurs évoluant dans le domaine de la cardiologie. Les D^{rs} Frédéric Jacques et Jean-Michel Paradis sont les heureux récipiendaires d'une bourse de 25 000 \$ offerte par Great-West. L'attribution de ces bourses vise à faciliter les stages de surspécialisation à l'extérieur de la province et du pays.

M. Christian Lessard
Président du conseil d'administration
Fondation IUCPQ

BILAN FINANCIER DE LA FONDATION

Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

BILAN

Au 31 décembre

2011

2010

ACTIF

ACTIF À COURT TERME

Encaisse	4 590 698 \$	4 611 865 \$
Créances	490 706	254 560
Frais payés d'avance	39 574	51 995
Placements échéant au cours du prochain exercice	212 702	220 519

5 333 680 5 138 939

PLACEMENTS

6 380 906 6 085 905

IMMOBILISATIONS CORPORELLES

39 410 43 829

11 753 996 \$ 11 268 673 \$

PASSIF

PASSIF À COURT TERME

Dettes de fonctionnement	919 275 \$	534 333 \$
Apports reportés	9 715	23 700

928 990 558 033

SOLDES DE FONDS

Fonds d'administration générale	8 231 927	7 292 030
Fonds d'immobilisations	33 047	35 966
Fonds de dotation	-	1 016 355
Fonds affectés	2 560 032	2 366 289

10 825 006 10 710 640

11 753 996 \$ 11 268 673 \$

BILAN FINANCIER DE LA FONDATION

Hôtellerie Pavillon Marguerite d'Youville

BILAN

Au 31 décembre

2011

2010

ACTIF

ACTIF À COURT TERME

Encaisse
Créances

2 743 \$

10 052 \$

1 231

864

3 974

10 916

IMMOBILISATIONS CORPORELLES

23 830

25 094

27 804 \$

36 010 \$

PASSIF

PASSIF À COURT TERME

Dettes de fonctionnement
Apports reportés

125 \$

3 123 \$

-

1 431

125

4 554

APPORTS REPORTÉS AFFÉRENTS AUX IMMOBILISATIONS CORPORELLES

18 049

18 794

18 174

23 348

ACTIFS NETS

Investis en immobilisations corporelles
Non affectés

5 781

6 300

3 849

6 362

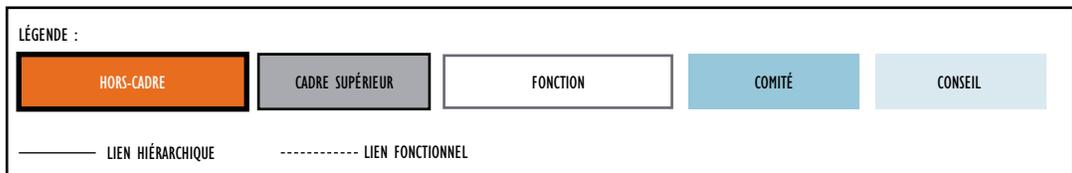
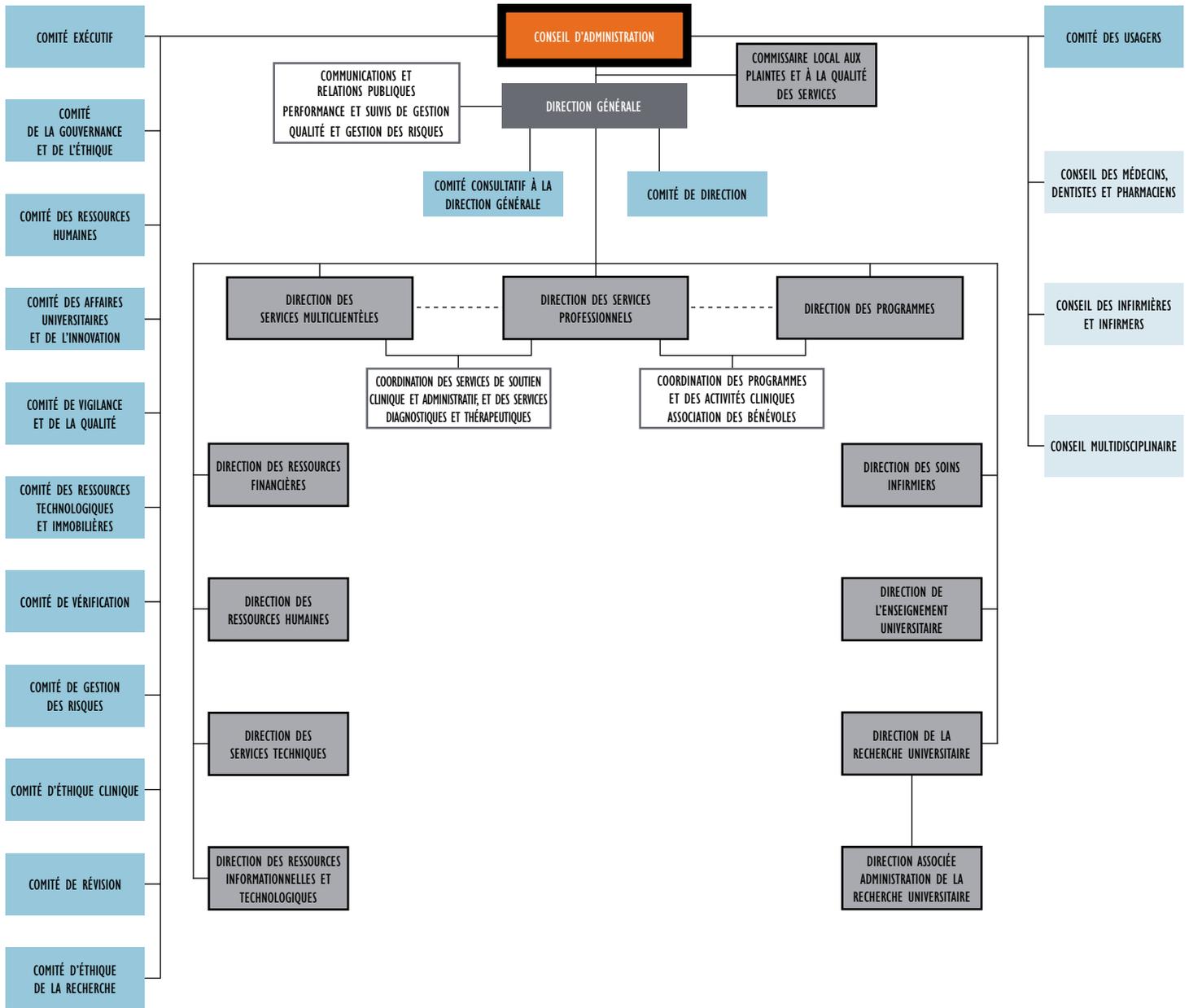
9 630

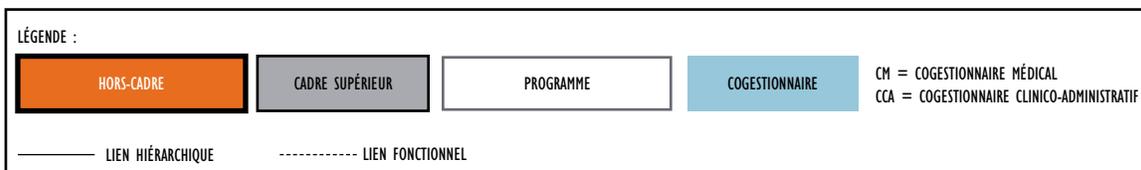
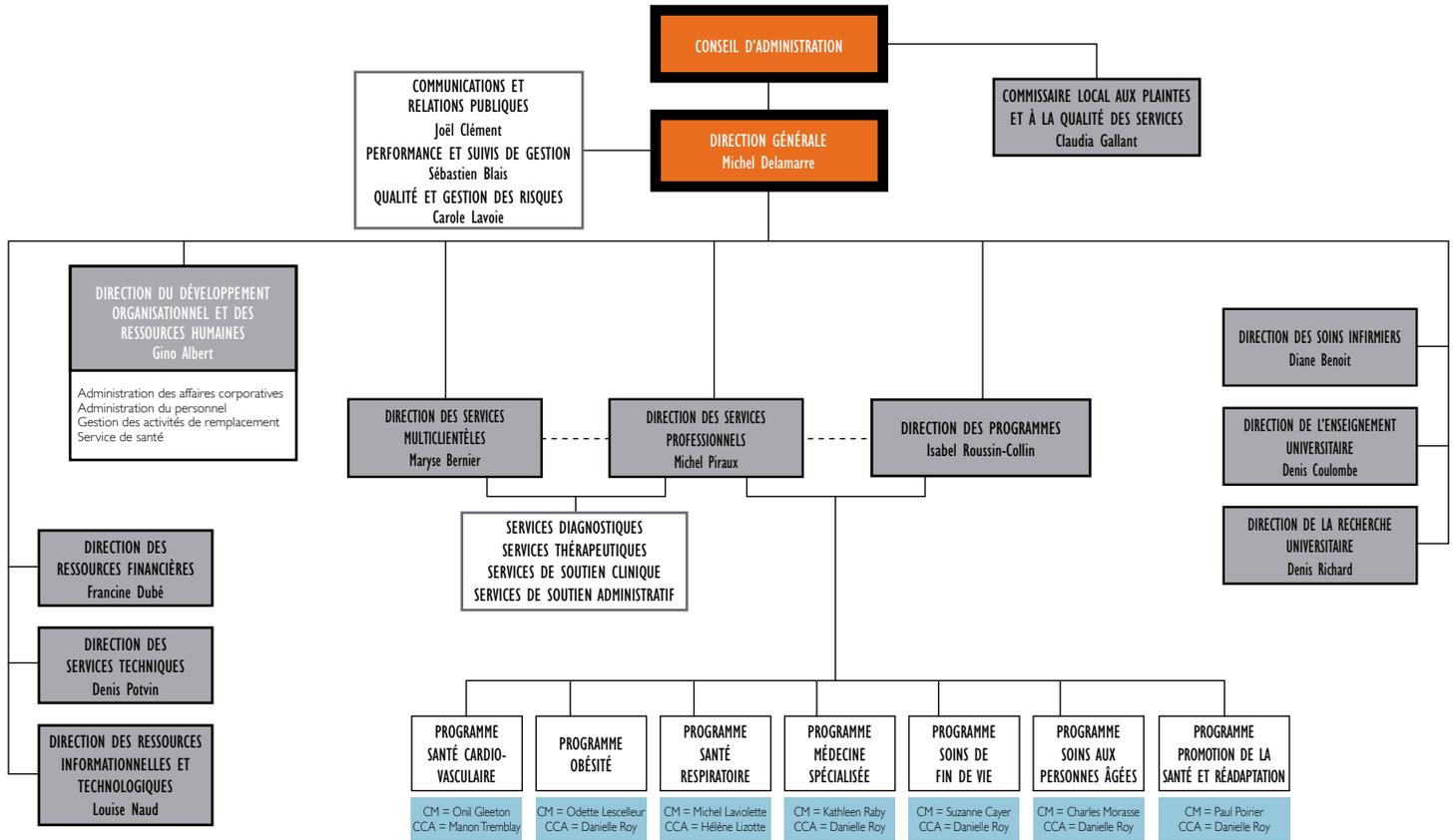
12 662

27 804 \$

36 010 \$

ORGANIGRAMMES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Monsieur **Ghalem Anani**

Collège électoral : Population

Monsieur **Denis Beauchamp**

Collège de désignation : Université

Madame **Claudia Boulanger**

Collège électoral : Population

Madame **Julie-Anne Boutin**

Collège de désignation : Conseil des infirmières et infirmiers

Monsieur **Jean Brown**

Collège de désignation : Fondation

Madame **Ginette G. Defoy**

Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Michel Delamarre**

Secrétaire

Directeur général

Monsieur **Laurent Després**

Vice-président

Collège de désignation : Agence

Monsieur **Onil Gleeton**

Collège de désignation : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Madame **Line Grisé**

Collège de désignation : Université

Monsieur **Gilles Kirouac**

Collège de désignation : Cooptation

Madame **Marie-France La Haye**

Collège de désignation : Cooptation

Madame **Chrystine Maltais**

Collège de désignation : Cooptation

Madame **Anne Michaud**

Collège de désignation : Cooptation

Madame **Madeleine Nadeau**

Présidente

Collège de désignation : Agence

Madame **Audrey Pilote**

Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Marius Plante**

Collège de désignation : Comité des usagers

Monsieur **Jean-Guy Royer**

Collège de désignation : Personnel non clinique

Monsieur **Serge Simard**

Collège de désignation : Conseil multidisciplinaire

Monsieur **Georges Smith**

Collège de désignation : Comité des usagers

COMITÉ EXÉCUTIF

- **Présidente du conseil d'administration**

Madeleine Nadeau

- **Vice-président du conseil d'administration**

Laurent Després

- **Secrétaire du conseil d'administration** Michel Delamarre

- **Membre du CA** Onil Gleeton

- **Membre du CA** Georges Smith

COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

M^{me} Madeleine Nadeau

Présidente

Présidente du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M^{me} Anne Michaud
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M^{me} Line Grisé
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M. Gilles Kirouac
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Jean Brown
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Laurent Després
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

M^{me} Louise Milot (jusqu'au 31 janvier 2012)
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

D^{re} Suzanne Cayer
Présidente
Représentante des médecins du secteur général

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

D^r Franck Molin
Président
Représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

COMITÉ DE RÉVISION

(CF. Loi sur le protecteur des usagers)
M^{me} Marie-France La Haye
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES USAGERS

M. Georges Smith
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

LA COMPOSITION DU COMITÉ

Le comité de la gouvernance et de l'éthique est composé du président du conseil d'administration, du vice-président et des présidents des comités des ressources humaines, des affaires universitaires et de l'innovation, de vérification, de vigilance et de la qualité et des ressources technologiques et immobilières ainsi que du directeur général. Le comité était donc composé des membres suivants :

- M. Jean Brown, président du comité des ressources technologiques et immobilières
- M. Michel Delamarre, directeur général
- M. Laurent Després, vice-président du conseil d'administration et président du comité de vérification
- M^{me} Line Grisé, présidente du comité des ressources humaines
- M. René Lamontagne, président du comité des affaires universitaires et de l'innovation
- M^{me} Louise Milot, présidente du comité de vigilance et de la qualité
- M^{me} Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration

LE MANDAT DU COMITÉ

Le comité de la gouvernance et de l'éthique a pour mandat principal de s'assurer du fonctionnement optimal du conseil d'administration et de ses comités au regard de leurs mandats, pouvoirs et responsabilités, et ce, dans une perspective de gouvernance créatrice de valeurs, transparente, responsable et efficace. Il s'assure du respect des règles d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Les principales fonctions exercées par le comité ont été de :

- s'assurer de l'élaboration et du suivi du plan stratégique de l'établissement;
- évaluer le fonctionnement du conseil d'administration;
- établir le profil des membres du conseil d'administration et proposer les candidatures lorsque requis;
- élaborer et mettre en place un programme d'accueil des nouveaux membres;
- s'assurer du suivi de l'entente de gestion;
- examiner les priorités et les objectifs organisationnels découlant du plan stratégique et adresser ses recommandations à cet égard au conseil d'administration.

LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année, le comité de la gouvernance et de l'éthique avait pour objectifs principaux de :

- Contribuer à une amélioration continue de la gouvernance, de l'efficacité et de l'efficience du conseil d'administration dans son ensemble, de ses comités et de ses membres.
- Jeter un regard sur les pratiques de gestion afin de s'assurer d'une saine gestion des ressources financières et humaines ainsi que d'une méthode pertinente de gestion des risques.
- S'assurer que les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans l'exercice de leur fonction et les différents rapports qu'ils entretiennent entre eux, avec la communauté, avec les personnes œuvrant au sein de l'établissement et les usagers soient respectés, et ce, en tenant compte des valeurs organisationnelles et des principes communs adoptés par l'établissement pour guider le processus de décision et les comportements attendus de tous les acteurs.
- Analyser l'entente de gestion et les projets de partenariats et émettre des avis et recommandations.

LE BILAN DES ACTIVITÉS

L'année 2012-2013 a été une année charnière au niveau de la gouvernance. L'adoption du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux a amené des changements à la gouvernance des établissements, notamment en ce qui a trait à la constitution des conseils d'administration et à leur fonctionnement. En conséquence, un nouveau conseil d'administration formé de 20 membres, dont 8 nouveaux, a été mis en place.

Au cours de l'année, le comité de la gouvernance et de l'éthique a tenu 6 réunions au cours desquelles des travaux ont été menés en lien avec les objectifs précités. Voici les principales réalisations qui ont touché, à divers degrés, à la gouvernance, à la gestion et à l'éthique.

GOUVERNANCE

ÉVALUATION DU NOUVEAU MODÈLE DE GOUVERNANCE ET DU FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE SES COMITÉS

Le comité a pris connaissance de l'analyse des résultats de la démarche d'évaluation du fonctionnement du conseil qui a eu lieu en début d'année 2011. Le rapport lui a permis d'observer les résultats globaux par section ainsi que tous les commentaires formulés par les répondants. Certains constats sont ressortis de l'analyse et ont permis d'identifier quelques éléments d'amélioration, notamment la formation des membres du conseil d'administration, la gestion de l'information, la présentation des données financières et le temps consacré à des décisions touchant des orientations stratégiques de l'établissement. Le comité s'est assuré que les actions requises soient mises en place afin d'améliorer le fonctionnement du conseil d'administration.

PROCESSUS D'ÉLECTION ET DE DÉSIGNATION DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au cours de ses réunions, le comité s'est approprié les règles relatives au processus d'élection et de désignation des membres du conseil d'administration et en a assuré le suivi. Par ailleurs, il a adressé sa recommandation au directeur général concernant la proposition de deux personnes indépendantes à être nommées par l'Agence dans le cadre de ce processus.

ÉLABORATION DES PROFILS DE COMPÉTENCE ET D'EXPÉRIENCE DES MEMBRES INDÉPENDANTS

Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi no 127 sanctionné le 13 juin 2011, ont introduit une nouvelle fonction dévolue au comité de la gouvernance et de l'éthique : élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination par l'agence ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1er février 2012.

Bien que dans le cadre du processus de recomposition du conseil d'administration qui a pris fin en janvier 2012, le comité n'était pas tenu d'appliquer les nouvelles dispositions de la loi à cet égard, celui-ci a tout de même amorcé une réflexion sur les profils souhaités des membres indépendants. Ainsi, le comité a établi une liste des critères les plus pertinents pour assurer une bonne gouvernance, notamment en ce qui a trait à la diversité

des compétences (formation, expérience et secteur d'activité), la disponibilité et l'engagement ainsi que la parité hommes-femmes. La cooptation s'est réalisée sur la base de ces critères.

GESTION

PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

Dans le cadre de la dernière phase de réalisation du plan stratégique 2008-2013, cinq grandes priorités organisationnelles ont été proposées pour 2011-2013, et ce, en fonction des enjeux et des objectifs stratégiques et organisationnels qui ont été définis dans le cadre de ce plan. Le comité a émis un avis favorable à l'adoption de ces priorités. Le conseil d'administration a procédé à leur adoption le 4 octobre 2011.

BUDGET 2011-2012 ET PROCESSUS BUDGÉTAIRE 2012-2013

Le comité a pris connaissance du processus budgétaire pour l'exercice 2012-2013, notamment les principes directeurs, l'outil d'aide à la décision pour l'allocation des ressources, les éléments spécifiques à tenir compte au regard de la base budgétaire 2012-2013 et le calendrier de réalisation. Ledit processus étant à la satisfaction du comité, celui-ci a été déposé au conseil d'administration à titre informatif. Dans ce cadre, le comité de gouvernance a procédé à l'analyse du budget 2011-2012 et a fait une recommandation au conseil d'administration pour adoption.

PROJET D'ENTENTE DE PARTENARIAT

Un projet d'entente de partenariat entre l'IUCPQ et « Le Grand Défi Entreprise inc. » a été présenté au comité et celui-ci a fait part de ses commentaires et recommandations sur certains aspects à considérer dans le cadre de ce projet afin de protéger les intérêts mutuels des deux parties concernées. La finalisation du protocole d'entente se poursuit. Celui-ci sera de nouveau présenté au comité de la gouvernance et de l'éthique qui, par la suite, fera suivre ses recommandations au conseil d'administration pour adoption.

INFORMATION DES PRÉSIDENTS DE COMITÉS

À chacune de ses réunions, le comité a été informé du suivi des travaux des comités du conseil, et ce, par leurs présidents respectifs : comité de vérification, comité des ressources humaines, comité de vigilance et de la qualité, comité des ressources informationnelles et technologiques, comité des affaires universitaires et de l'innovation.

ÉTHIQUE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le comité s'est assuré que chaque administrateur respecte les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et les règlements ainsi que ceux établis dans le code d'éthique et de déontologie qui lui est applicable. Il s'est également assuré que chaque administrateur participe activement et assidûment aux travaux du conseil et des comités dont il fait partie. En suivi de l'évaluation du conseil d'administration, les membres ont été sensibilisés à l'importance de l'assiduité aux séances du conseil. Il a été convenu de rendre public dans le cadre du rapport annuel le niveau de participation des membres.

LES RECOMMANDATIONS ADRESSÉES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les recommandations adressées au conseil d'administration en cours d'année par le comité de la gouvernance et de l'éthique ont porté sur les éléments suivants :

- les priorités organisationnelles 2011-2013;
- le budget 2011-2012 et le processus budgétaire 2012-2013;
- l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012;
- le suivi de l'analyse des résultats du sondage d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.

LES PERSPECTIVES POUR 2012-2013

Pour la prochaine année, le comité de la gouvernance et de l'éthique compte poursuivre ses efforts afin de s'assurer que l'établissement bénéficie des meilleures pratiques de gouvernance et de saine gestion. Parmi les défis qu'il compte relever :

- Faire le bilan de la réalisation du plan stratégique 2008-2013.
- Élaborer et recommander au conseil d'administration le plan de travail visant l'adoption du plan stratégique 2013-2016.
- S'impliquer dans le cadre de la démarche d'agrément et, dans ce contexte et celui des modifications apportées à la loi, réexaminer et, le cas échéant, réviser le mandat et la composition des comités du conseil d'administration ainsi que les règles de fonctionnement et proposer à ce dernier les modifications jugées nécessaires.
- Compléter le profil de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration.
- Offrir un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

- Déterminer les principes directeurs d'une politique de gestion de crise permettant d'assurer au conseil d'administration l'accès rapide à de l'information critique lors de situations de crise et en assurer l'élaboration.
- S'assurer de l'élaboration d'un plan directeur de communication véhiculant une forte image corporative faisant valoir la notoriété de l'organisation et favorisant son rayonnement sur la place publique.
- Procéder à l'évaluation annuelle du conseil d'administration et de ses comités et formuler, s'il y a lieu, les recommandations nécessaires au conseil relatives à l'amélioration de la gouvernance.
- Procéder à l'analyse du budget 2012-2013 et du processus budgétaire 2013-2014.
- Examiner les règles de fonctionnement et d'éthique du conseil d'administration.
- Examiner et proposer au conseil d'administration un cadre de référence en éthique.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice 2011-2012. Il a pris connaissance des résultats de la vérification externe, a reçu le rapport des auditeurs indépendants, étudié et analysé les états financiers récapitulatifs et recommandé leur approbation au conseil d'administration. Il a reçu et examiné le rapport sur l'application de la politique relative à l'approvisionnement de biens et de services, les rapports sur le suivi périodique des résultats, le plan d'audit pour l'exercice en cours et recommandé la nomination des auditeurs indépendants.

De plus, les membres ont assuré le suivi des recommandations sur le contrôle interne, ont reçu l'information et échangé sur les dossiers de financement de l'organisation en discussion avec l'Agence et discuté du processus budgétaire.

Une révision du mandat du comité de vérification sera effectuée en 2012-2013 pour y inclure la gestion intégrée des risques. Toutefois, la gestion des risques est maintenant statutaire à chaque rencontre et le comité a reçu et discuté un document de travail interne avec l'échéancier de réalisation des travaux.

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

Le comité a tenu deux rencontres permettant d'assurer le suivi des orientations stratégiques de chacun des volets de la mission universitaire de l'établissement, soit la recherche, l'enseignement et à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Les projets d'agrandissement du Centre de recherche ont fait l'objet de discussions (phases III C et IV) ainsi que les besoins en recherche pour les prochaines années. Le comité a également assuré le suivi sur les différentes composantes du financement obtenu par le Centre de recherche ainsi que sur les actions en lien au soutien à la recherche clinique. Le rapport annuel du comité d'éthique de la recherche ainsi que les dossiers de candidature de chercheurs en recrutement ont également fait l'objet d'une analyse.

La politique relative à la mission de l'enseignement ainsi que les procédures découlant de cette politique ont fait l'objet d'une présentation et d'échanges. Le comité a discuté de la gestion des stages (demandes, planification, évaluation et supervision), de l'évaluation de la satisfaction des intervenants impliqués dans le processus et de la création de tables sectorielles d'échanges. Du côté de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, un suivi a été fait sur les activités du comité hospitalier, sur les études débutées en cours d'année ainsi que sur les normes de recrutement et de nomination des professionnels des départements cliniques. Un bilan du dossier de télésanté a également été présenté. Soulignons finalement que le Comité a accueilli de nouveaux membres élus lors du Conseil d'administration du 7 février 2012.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Cette année, le comité des ressources humaines, composé de cinq membres, dont trois membres externes du conseil d'administration, du directeur général et du directeur du développement organisationnel et des ressources humaines, s'est réuni à trois reprises. Ces rencontres ont permis de discuter des enjeux et des priorités associées au plan stratégique de l'établissement et relatives à la gestion des ressources humaines. Elles ont permis de suivre l'évolution de la situation et des moyens mis en œuvre ayant trait à la rétention et l'attraction du personnel ainsi que la présence au travail.

Afin de s'acquitter de cette responsabilité, le comité a, notamment, assuré le suivi de l'avancement de certains travaux ayant une portée organisationnelle, dont l'implantation de la norme CSA-Z-1000-06 (*Système de management de la santé et de la sécurité du travail*), la réalisation des travaux entourant l'obtention d'une accréditation Entreprise en santé et l'amorce de travaux entourant la réalisation projets Lean dans certains secteurs d'activité. Le comité a aussi pris connaissance d'une démarche visant l'amélioration des conditions d'exercice des gestionnaires. Ces quatre projets organisationnels visent notamment la santé et l'amélioration des conditions de travail du personnel. Enfin, le comité a revu le processus d'attribution des prix du Gala annuel de reconnaissance et a fait ses recommandations afin que soit bonifié le déroulement de l'activité.

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

RESSOURCES IMMOBILIÈRES

Le comité s'est assuré que l'établissement possède un plan directeur immobilier (PDI), que ce dernier est à jour, et que les démarches adéquates sont entreprises pour en assurer l'actualisation. Ainsi les projets constituant l'étape 1 de la demande d'actualisation du PDI (Électrophysiologie en façade et imagerie au-dessus de l'urgence) ont été déposés au Ministère et sont en attente de l'autorisation pour les plans et devis. La Direction des services techniques a engagé les démarches visant l'actualisation de l'étape 2 du PDI (Urgence, bloc opératoire, imagerie, soins critiques, médecine nucléaire) par la rédaction d'un document support à une demande de reconnaissance de besoin. Le Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) est à jour et conséquent avec les besoins identifiés. Un plan directeur du maintien des actifs (PDMA) a aussi été rédigé en 2006 et est en cours de révision.

Le directeur des services techniques a assuré le comité que les ressources dédiées à l'actualisation de ces plans sont suffisantes et conséquentes aux responsabilités de l'établissement. Le comité constate que le manque d'espace est une contrainte majeure pour assurer au personnel, au corps médical et aux étudiants, un environnement immobilier et technologique permettant le développement et la consolidation de l'offre de service. Le comité note toutefois que l'établissement a une lecture adéquate de la situation et y répond de la meilleure façon possible, dans les limites imposées par les ressources disponibles. L'actualisation des différentes étapes du PDI constitue un élément critique de la réponse au problème.

RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

Durant l'année, le comité s'est réuni à quatre reprises. Le comité a suivi la réalisation du plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM)-volet équipements médicaux et entériné les modifications qui y ont été apportées en cours de route afin de soutenir l'établissement dans la rencontre de ses objectifs. Des projets informatiques de grandes envergures tels que le Dossier Patient Électronique (DPE) et le Dossier Clinique Informatisé (DCI) ont aussi fait l'objet de discussion et de suivi tout comme les projets régionaux d'optimisation en ressources informationnelles.

GESTION DES ALLOCATIONS

Le comité s'est assuré que les enveloppes dédiées aux projets d'investissement sont gérées en lien avec un exercice de planification sérieux, que les budgets sont respectés et que les projets sont complétés dans un souci du respect de l'échéancier. À cet égard, deux rapports en lien avec le suivi des projets de construction sont déposés à chaque rencontre du conseil d'administration.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Madeleine Nadeau
Présidente du conseil d'administration

Approuvé par le comité de la gouvernance
et de l'éthique le 8 mai 2012

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

En 2011-2012, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) était composé des membres suivants :

D^r Guy Proulx, président,
 D^r Jacques Villeneuve, vice-président,
 M^{me} Julie Racicot, secrétaire-trésorière,
 D^r Bruno Raby, 1^{er} conseiller,
 D^{re} Gabriella Albert, 2^e conseillère,
 M. Michel Delamarre, directeur général,
 D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels.

Sont également invités à siéger aux réunions du comité exécutif :
 D^r Onil Gleeton, membre désigné au conseil d'administration (CA),
 D^r Simon Martel, président sortant.

Durant l'année, le CECMDP de l'Institut s'est réuni à neuf reprises, a tenu une assemblée générale ordinaire le 7 décembre 2011 et une assemblée générale annuelle le 30 mai 2012. Dans le cadre de ses fonctions, le président du CMDP a assisté à plus de 45 autres rencontres.

DOSSIERS IMPORTANTS TRAITÉS PAR LE CECMDP

EFFECTIFS MÉDICAUX

Au Service de radiologie diagnostique, avec l'ajout des nouvelles recrues, il y a une amélioration significative du fonctionnement de ce département. Le point faible reste en angiographie vasculaire où un seul membre est attaché à ce secteur qui doit être remplacé par les membres du secteur d'intervention radiologique urbain. Un recrutement est en vue; toutefois, la compétition est forte pour l'obtention de la candidate en angiographie périphérique. C'est un secteur qui restera fragile et le problème est urbain puisqu'il y a pénurie de main-d'œuvre dans d'autres centres hospitaliers de la région.

En médecine d'urgence, il y a beaucoup de mouvement dans les effectifs. Pour la prochaine année, l'aide du service de dépannage régional sera encore nécessaire pour combler les périodes que l'équipe locale ne peut couvrir.

En ce qui concerne le Département de psychiatrie, il ne compte plus que deux psychiatres à temps partiel et connaît un sérieux problème de relève. Actuellement, la psychiatrie de liaison de notre hôpital se dirige vers une non-couverture des besoins en raison d'un manque d'effectifs de plus en plus préoccupant.

Pour ce qui est du Service d'otorhinolaryngologie, les membres qui couvraient les besoins de notre établissement ont démissionné en bloc l'été dernier. Depuis ce temps, les urgences sont traitées à la pièce et cet état de fait cause d'importantes difficultés. Actuellement, tout est mis en œuvre pour tenter une réorganisation et donner une couverture de service adéquate à l'IUCPQ pour notre clientèle et les urgences. Des négociations sont en cours et un dénouement de la situation est attendu dans les prochaines semaines.

SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Les délais de transcription au Service des archives médicales étaient très longs. De plus, l'on notait depuis trois ans que ces délais s'allongeaient constamment, ce qui a été dénoncé par plusieurs instances. La direction a donc planifié une démarche, de concert avec les représentants du corps médical, visant à résorber les retards dans la transcription de même qu'à identifier et instaurer des mesures qui garantiraient un fonctionnement respectant les délais acceptables tout en maintenant la qualité des services. Les délais escomptés ont été atteints à la fin 2011, début 2012.

GESTION PAR PROGRAMMES

La cogestion clinico-administrative s'est poursuivie et a été allégée à la suite des modifications hiérarchiques qui y ont été réalisées, lesquelles devraient faciliter les interactions entre les différents niveaux de décision.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Cette année, notre centre hospitalier a contrôlé efficacement les infections nosocomiales et se maintient en dessous de la moyenne provinciale à la suite des efforts déployés en prévention des infections. De plus, de nouvelles mesures ont été mises en place pour aider à maintenir cette performance.

ACTIVITÉS DURANT LA PÉRIODE DES FÊTES 2011-2012

Les activités pendant la période des Fêtes se sont déroulées sans problème majeur. L'achalandage s'est maintenu sensiblement au même niveau que l'année précédente.

GESTION DES LITS

La clientèle qui consulte à l'Urgence de l'Institut reste lourde et c'est notre principale porte d'entrée. Au cours de l'hiver 2012, l'unité de débordement de l'Urgence a été ouverte la plupart du temps. Cette situation a compliqué la gestion des lits et le maintien des activités des plateaux techniques a été difficile à réaliser. Toutefois, malgré ces difficultés, nos objectifs de performance ont tout de même pu être atteints.

PLAINTES

Pour l'exercice débutant le 1^{er} avril 2011 et se terminant le 31 mars 2012, 28 plaintes ont été adressées au médecin examinateur par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. La majorité des plaintes déposées a trait à des problèmes de relations interpersonnelles de même qu'aux soins et services dispensés. Mentionnons que quatre plaintes étaient demeurées non conclues au 31 mars 2011. Vingt-six plaintes ont été analysées par le médecin examinateur en 2011-2012. De ce nombre, six plaintes demeurent non conclues. Trois plaintes ont nécessité la formation de deux comités de discipline; deux de ces plaintes concernent un même médecin et seront étudiées par un seul des comités. Le CECMDP s'est assuré de sensibiliser ses membres, soit par écrit ou lors des assemblées générales, au regard des recommandations formulées par le médecin examinateur dans certains dossiers.

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

Le système MAGIC (MODULE D'AIDE À LA GESTION DE L'INFORMATION CLINIQUE) commence à nous fournir des statistiques intéressantes. Il nous permet d'obtenir une évaluation sur nos activités cliniques et nous aide à apporter les ajustements nécessaires en fonction des données. Au cours de l'année 2012, il y aura une évaluation *Lean*. Une firme a été engagée pour cette activité et les outils seront implantés au Service de l'urgence, aux laboratoires d'hémodynamie et d'électrophysiologie interventionnelle et, cet automne, au bloc opératoire. Ce processus nous aidera à évaluer nos points forts et nos faiblesses afin d'améliorer notre performance.

PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER - PDI

La désaffectation du pavillon Rousseau, lequel avait été prévu pour accueillir, entre autres, la clinique de fibrose kystique, a entraîné des changements dans l'orientation du PDI. Ce pavillon contenait également l'unité de débordement de l'Urgence qui a dû être relocalisée au CSJ, occasionnant un encombrement des activités du centre étant donné les nombreux débordements de l'Urgence au cours de l'hiver. Le projet d'électrophysiologie progresse.

INFORMATISATION

L'informatisation de divers systèmes donne des rendements déjà en ce qui a trait à MAGIC et en partie avec Crescendo qui a été implantée en radiologie et qui va s'étendre aux autres systèmes de dictée dans le cours de l'année. Par ailleurs, le dossier clinique informatisé Cristal-Net sera déployé au cours de l'automne.

DÉCÈS

Nous déplorons le décès de deux membres honoraires du CMDP, soit :

D^r Maurice Beaulieu, chirurgien cardiaque et thoracique – 10 janvier 2012

D^r Lionel Montminy, pneumologue – 24 mars 2012

NOMINATIONS (JUIN 2011 À MAI 2012)

Le comité exécutif a recommandé au CA les nominations suivantes :
Chefs de service et de département cliniques :

D^r Bernard Cantin, Service de cardiologie

D^r François Dagenais, Service de chirurgie cardiaque

D^r Robert De Larochellière, Département multidisciplinaire de cardiologie

D^r Pierre Douville, Service de biochimie

D^r Stéfane Lebel, Service de chirurgie générale

D^r Sergio Pasion, Département d'imagerie médicale

D^{re} Joanne Provencher, Département de médecine d'urgence

D^{re} Sylvie Trotter, Département des laboratoires de biologie médicale

Membres actifs :

D^{re} Katayoun Babakifard, Département de médecine d'urgence

D^r Frédéric Boivin, Département de médecine d'urgence

D^{re} Nadia Busque, Département de médecine d'urgence

D^r Philippe Gervais, Service de microbiologie et

mycobactériologie et Département de médecine (07/2012*)

D^r Jean-Michel Paradis, Service de cardiologie (07/2013*)

D^r Sébastien Thériault, Service de biochimie (07/2015*)

*Date prévue d'entrée en fonction

Membres associés :

D^r Maxime Amar, Département de médecine d'urgence
 M^{me} Marie-Hélène Beaulieu, Département de pharmacie
 D^r Stéphan Langevin, Département d'anesthésiologie et Service de chirurgie cardiaque (soins intensifs)
 D^r Bruno Maranda, Service de cardiologie (génétique médicale)
 D^{re} Marie-Louise Vachon, Service de microbiologie et mycobactériologie

Membre conseil :

D^r Robert Jr Laforce, Département de médecine (neurologie)

Membre honoraire :

D^r Marcien Fournier, anatomopathologiste

DÉMISSIONS :

Membres actifs :

D^r David Blackburn, Département de médecine d'urgence
 D^r Frédéric Boivin, Département de médecine d'urgence
 D^{re} Lucie Carignan, Département de médecine d'urgence

Membres associés :

M^{me} Marie-Hélène Beaulieu, Département de pharmacie
 D^r Jean Bergeron, Service de biochimie
 D^{re} Marie-Noëlle Corriveau, Service d'ORL
 D^r Sylvain St-Pierre, Service d'ORL
 D^r Jean-Philippe Vézina, Service d'ORL

Membres conseils :

D^{re} Nathalie Audet, Service d'ORL
 D^{re} Danielle Beaudoin, Service d'ORL
 D^r Marcel Camiré, Service d'ORL
 D^r Gaétan Fradet, Service d'ORL
 D^r Simon Gagnon, Service d'ORL
 D^r Luc Lacoursière, Département d'imagerie médicale
 D^{re} Sylvie Nadeau, Service d'ORL
 D^r Denis Pouliot, Service d'ORL

MODIFICATIONS DE STATUT :

De membre associé à membre actif :

M^{me} Isabelle Giroux, Département de pharmacie
 D^{re} Marie-Pierre Roy, Département de médecine d'urgence

De membre associé à membre conseil :

M^{me} Chantale Simard, Département de pharmacie

Les effectifs médicaux du CMDP

En date du 31 mars 2012

Membres actifs : 170

Médecins : 148

Pharmaciens : 22

Membres associés : 59

Médecins : 50

Pharmaciens : 7

Dentistes : 2

Membres conseils : 48

Médecins : 46

Pharmacien : 1

Dentiste : 1

Membres honoraires : 21

Médecins : 19

Pharmaciens : 2

TOTAL : 298

COMITÉS DU CMDP

Comité ad hoc consultatif en soins intensifs
Comité ad hoc sur le recrutement des effectifs médicaux
Comité d'examen des titres
Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
Sous-comité des dossiers
Comité de médecine transfusionnelle
Comité de pharmacologie
Comité de promotion de vie sans fumée
Comité de réanimation cardiorespiratoire
Comité médical consultatif
Comité pour la promotion du don d'organes

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

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Guy Proulx, M.D.
Président du conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens

PRÉSIDENTS

D^r Mathieu Simon
D^r Guy Proulx
D^r Bruno Raby
D^{re} Sophie St-Onge
D^r Stéphane Rioux
D^r François Dubé
D^r François Parent
D^{re} Joanne Provencher
D^r Mathieu Simon
D^r Guy Proulx
D^r Mario Sénéchal

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

Cette année, le comité s'est réuni trois fois avant la rédaction de ce rapport, soit les 19 septembre, 23 janvier et 26 mars. Une réunion a été annulée soit le 14 novembre, par manque d'études de décès à analyser. Une dernière réunion aura lieu le 7 mai. Il me fait plaisir de noter un haut taux de participation. En effet, plus de 80 % des membres étaient présents à chaque réunion.

Plusieurs nouveaux membres se sont joints à notre comité : le Dr Massimo Conti, le Dr François Dubé et M^{me} Isabelle Taillon, pharmacienne. Nous soulignons le départ du Dr Sylvain Chouinard, du D^{re} Marie Delage ainsi que de M^{me} Julie Racicot. Nous les remercions pour leur implication au sein du comité.

Lors de ces réunions, nous nous sommes dédiés principalement à la révision des différents comptes rendus des réunions d'études de cas de décès des différents services. Tous les services ont participé activement à ces études car on note une nette régression du retard accumulé. Ces comptes rendus étaient produits de façon conforme en majorité. On note particulièrement l'implication nouvelle du secteur des soins intensifs dans la révision des décès lors d'une période d'hospitalisation aux soins intensifs. Les dossiers antérieurs à 2006 ne sont pas étudiés pour l'instant suite à la résolution du CEMDP. Un de ces dossiers nous a permis de rediscuter sur un projet d'uniformisation régionale d'une feuille de niveau de soins qui, pour le comité, devrait être mise en avant-plan dans tous les dossiers. Sur ce sujet, le directeur des Services professionnels, le Dr Michel Piraux, souligne qu'une attention devrait être portée aussi sur les décès extrahospitaliers de patients hospitalisés dans notre institution peu de temps auparavant.

Le comité a discuté en réunion et il est satisfait des mesures entreprises afin de corriger l'important retard dans les délais de transcription car cela pouvait mener de toute évidence à des problèmes de qualité de l'acte lorsque l'information en regard du patient était non disponible.

Il semble que malgré la lettre datée du 17 mai 2011 envoyée au CEMDP concernant les résumés de dossiers pour transfert aux soins intensifs, ce sujet demeure d'actualité car il ne semble pas y avoir eu d'amélioration. Le principal problème est lorsqu'un patient est transféré aux soins palliatifs et qu'il est inconnu de ce service.

Nous avons approché des conférenciers pour organiser un colloque cette année. Jusqu'à maintenant, nous avons eu peu de succès. De nouvelles démarches seront entreprises l'an prochain.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

D^{re} Sophie St-Onge
Présidente du CEMDP

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie 2011-2012 était formé des membres suivants :

D^r François Parent, président
D^r Mathieu Bernier, cardiologue
D^{re} Isabelle Kirouac, interniste
D^r Noël Lampron, pneumologue
M^{me} Johanne Morin, secrétaire du comité, chef du Département de pharmacie
D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels
M^{me} Julie Racicot, pharmacienne
M^{me} Julie Robitaille, infirmière clinicienne en cardiologie (en remplacement de M^{me} Isabelle Perreault)
D^{re} Marie Roy, omnipraticienne de l'Urgence
M^{me} Audrey Vachon, pharmacienne

Au cours de l'année 2011-2012, le comité de pharmacologie a été très actif et s'est réuni à six reprises. Le taux moyen de participation a été de 70 %. Au cours de l'année, huit ordonnances collectives, huit protocoles, cinq feuilles d'ordonnance individuelle et médicale et une règle d'utilisation des médicaments (RUM) ont été présentés et discutés au comité de pharmacologie. Nous avons aussi étudié dix nouveaux médicaments dont six ont été ajoutés à notre formulaire hospitalier et quatre ont fait l'objet d'une acceptation conditionnelle.

I. ORDONNANCES COLLECTIVES :

- OC-004 : Réception à l'Urgence d'un usager présentant une douleur rétrosternale
- OC-104 : Ajustement de la daltéparine (Fragmin^{md}) et de l'énoxaparine (Lovenox^{md}) selon le résultat de l'activité anti-Xa chez les usagers obèses et insuffisants rénaux (ordonnance abolie)
- OC-156 : Routine d'admission et suivi en cours d'hospitalisation des usagers admis à l'unité coronarienne et au 4^e Ouest
- OC-??? : Préparation et surveillance postprocédure des usagers ayant à subir une procédure en hémodynamie
- OC-159 : Administration d'une crème anesthésique topique pour le traitement du prurit chez l'usager en soins palliatifs
- OC-160 : Utilisation de la salive artificielle pour le soulagement de la sécheresse buccale chez l'usager en soins palliatifs

- OC-161 : Application d'un lubrifiant pour le soulagement de la sécheresse oculaire chez l'usager en soins palliatifs
- OC-162 : Application d'un gel nasal lubrifiant pour le soulagement de la sécheresse des muqueuses nasales chez l'usager en soins palliatifs

2. PROTOCOLES :

- PRO-070 : Traitement de l'hypotension artérielle systémique postopératoire chirurgie cardiaque
- PRO-089 : (Ajustement de la dose de daltéparine (Fragmin^{md}) en chirurgie générale pour anticoaguler des usagers de poids \geq 100 kg) (protocole aboli)
- PRO-094 : Protocole d'utilisation du ténecteplase (TNKase^{md}) dans la thrombolyse coronarienne
- PRO-116 : Protocole d'ajustement des anticoagulants au Centre de soins de jour (mise à jour)
- PRO-154 : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline (modification)
- PRO-155 : Réplétion de calcium lors de traitement par aphérèse
- PRO-156 : Protocole d'utilisation de l'altéplase (Activase^{md}) dans la thrombolyse de l'accident vasculaire cérébral aigu
- PRO-?: Procédure et chirurgie de l'aorte thoracique descendante (protocole refusé)

3. FEUILLES D'ORDONNANCE :

- Ordonnance individuelle standardisée – Ordonnance pour l'antibioprophylaxie préopératoire en chirurgie cardiaque
- Ordonnance individuelle standardisée – Diabète
- Ordonnance individuelle standardisée – Diabète – Chirurgie
- Ordonnance aux soins intensifs – Ordonnance Jour 0 postopératoire de chirurgie cardiaque (ordonnance abolie)
- Ordonnance aux soins intensifs – Ordonnance individuelle standardisée jour 0 postopératoire – clientèle chirurgie cardiaque

4. RÈGLE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (RUM) :

- RUM 003 : Prescription des statines chez les usagers du programme de santé cardiovasculaire

5. ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

Six médicaments acceptés et ajoutés au formulaire hospitalier **sans condition** :

- **Carbonate de sévélamer (Renvela^{md})** : un polymère utilisé comme chélateur du phosphore chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale grave en remplacement du Renagel^{md}.
- **Clopidogrel générique** : ce changement permettra des économies substantielles pour l'Institut par rapport au coût du Plavix^{md}.
- **Linagliptine (Trajenta^{md})** : un antidiabétique oral appartenant à la classe des inhibiteurs de la DPP-4.
- **Liraglutide (Victoza^{md})** : un analogue du GLP-1, qui est une hormone incrétine, indiquée dans le traitement combiné des adultes diabétiques de type 2.
- **Roflumilast (Daxas^{md})** : un inhibiteur sélectif de la PDE₄, ayant un effet anti-inflammatoire non stéroïdien, indiqué dans le traitement d'appoint aux bronchodilatateurs pour le traitement d'entretien de la MPOC grave.
- **Tobramycine en inhalation (Tobi Podhaler^{md})** : une nouvelle technologie PulmoSphere^{md} qui permet l'administration de la tobramycine sous forme de particules de faible densité qui améliore le dépôt intrapulmonaire.

Quatre médicaments acceptés **sous condition** :

- **Collagénase (Santyl^{md})** : une pommade topique indiquée dans le traitement enzymatique des zones ulcérées (sur tissu dévitalisé) qui doit être réservé uniquement aux usagers vus par la médecine interne. Son utilisation sera réévaluée dans un an.
- **GM-CSF** : un produit non commercialisé et disponible par le Programme Accès Spécial (PAS) indiqué dans le traitement de la protéinose alvéolaire sévère. Après l'analyse de la littérature scientifique, les membres du comité de pharmacologie ont recommandé l'acceptation du GM-CSF avec la réserve d'efficacité thérapeutique démontrée et la réévaluation mensuelle.
- **Pemetrexed (Alimta^{md})** : un antinéoplasique, inhibiteur du métabolisme des folates, déjà au formulaire pour le traitement du mélanome malin.

- **Ticagrélor (Brilinta^{md})** : un nouvel antiplaquettaire. Un document intitulé « Recommandations du Service de cardiologie au comité de pharmacie sur l'utilisation des antiplaquettaires chez les usagers atteints de SCA » a été déposé par les hémodynamiciens. Les membres du comité de pharmacologie acceptent la totalité des recommandations du groupe des hémodynamiciens sous condition que la responsabilité de compléter les documents de remboursement nécessaires revienne au cardiologue qui prescrit le prasugrel (Effient^{md}) ou le ticagrélor (Brilinta^{md}). Compte tenu de la vocation de notre centre, les trois antiplaquettaires (clopidogrel (Plavix^{md}), prasugrel (Effient^{md}) et ticagrélor (Brilinta^{md}) sont maintenant au formulaire hospitalier.

6. AUTRES SUJETS

Nous avons retiré de notre formulaire le nésiritide (Natrécorm^{md}) en suivi d'un communiqué de Santé Canada ainsi que le Xigris^{md} (drotrécogine alfa) qui a été retiré du marché canadien. Plusieurs avis de Santé Canada ont aussi été discutés au cours de la dernière année. Suite aux nouvelles recommandations publiées en 2007, le Département de pharmacie a procédé à la mise à jour du document « Recommandations pour la prophylaxie de l'endocardite bactérienne (adulte) » qui est distribué à plusieurs clientèles de l'Institut.

CONCLUSION

L'année 2011-2012 a permis la continuité des activités réalisées lors des années précédentes. Plusieurs protocoles, feuilles d'ordonnance et ordonnances collectives ont été révisés et acheminés au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour approbation finale.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. François Parent, M.D.
Président

M^{me} Johanne Morin, pharmacienne
Chef du Département de pharmacie
Secrétaire du comité

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est constitué de l'ensemble des infirmières et infirmiers cadres et syndiqués, soit près de 1 200 membres. Les membres du comité exécutif du CII pour l'année 2011-2012 sont :

MEMBRES ÉLUS :

- M^{me} Mélanie Bélanger, assistante infirmière-chef au 3^e PC, présidente
- M. Sébastien Dubois, infirmier clinicien au 3^e SI, vice-président par intérim
- M^{me} Louise Michaud, infirmière de liaison, secrétaire par intérim
- M^{me} Julie Martin, infirmière praticienne spécialisée, agente de communication
- M^{me} Marie-Claude St-Pierre, infirmière clinicienne en chirurgie bariatrique, agente de communication

MEMBRE INVITÉ ET REPRÉSENTANT AU GROUPEMENT RÉGIONAL DES CII :

- M. Maxime Morency, conseiller clinicien en soins infirmiers par intérim

REPRÉSENTANTS DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES :

- M^{me} Carine Vézina, infirmière auxiliaire au 4^e pavillon Central, côté Ouest, présidente du CIIA
- M^{me} Isabelle Croteau, infirmière auxiliaire au 2^e pavillon Notre-Dame

MEMBRES D'OFFICE :

- M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers
- M. Michel Delamarre, directeur général

MEMBRES INVITÉS :

- M^{me} Danielle Rodrigue, adjointe à la Direction de l'enseignement universitaire, désignée membre au conseil d'administration par le CII jusqu'en janvier 2012
- M^{me} Julie-Anne Boutin, infirmière praticienne spécialisée, désignée membre au conseil d'administration par le CII, depuis février 2012

FAITS SAILLANTS DES TRAVAUX DU CII :

Le comité exécutif du CII a tenu neuf réunions régulières et neuf séances de travail au cours de l'année 2011-2012, en plus de l'Assemblée générale annuelle tenue le 13 avril 2011. Les résultats des objectifs annuels du CECII pour l'année 2011-2012 sont :

I. COLLABORER À LA RÉALISATION DES TRAVAUX DE LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

Les membres du CECII ont été formellement impliqués dans le suivi de l'inspection professionnelle par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et celui-ci fait l'objet d'un point statutaire dans la majorité des rencontres de l'exécutif. Le CECII a mis ses recommandations au regard du suivi à faire auprès des équipes soignantes pour assurer la pérennité des actions entreprises. Le CECII a aussi collaboré avec la DSI à des rencontres animées par M^{me} Diane Benoît. Ces dernières avaient pour but de mobiliser et d'informer les AIC des trois quarts de travail sur les actions posées visant l'atteinte des objectifs fixés, suite à la visite de l'OIIQ.

2. SOUTENIR LA DSI, LA DIRECTION DES PROGRAMMES (DP) ET LA DIRECTION DES SERVICES MULTICLIENÉTES (DSM) DANS LA CONSOLIDATION DU MODE DE DISTRIBUTION DE SOINS

Encore une fois cette année, le CECII a traité de façon statutaire l'implantation et l'évaluation du mode de distribution de soins. De façon plus spécifique, il s'est intéressé aux points suivants :

- intégration des infirmières auxiliaires en hémodynamie au Centre de soins de jour;
- intégration des infirmières auxiliaires de nuit dans certains secteurs.

Les membres de l'exécutif ont notamment été consultés quant à l'organisation du travail en hémodynamie (pré et postprocédure), à l'arrivée des infirmières auxiliaires au Centre de soins de jour, à l'Urgence et aux Cliniques spécialisées de pneumologie. De plus, ils participent activement aux initiatives visant la consolidation de la collaboration interprofessionnelle avec les autres conseils professionnels (CM, CMDP, etc.).

3. RECEVOIR ET TRAITER TOUTES LES DEMANDES EN LIEN AVEC LA QUALITÉ DES SOINS

LES RÈGLES DE SOINS INFIRMIERS (RSI) SUIVANTES ONT ÉTÉ APPROUVÉES PAR LE CECII :

- RSI-001 Vaccination contre l'influenza saisonnière (révision)
- RSI-004 Prévention, évaluation et traitement des plaies de pression
- RSI-005 Gestion de la douleur
- RSI-006 Contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse

RÈGLE DE SOINS MÉDICAUX (RSM) :

- RSM-002 Prescription d'examen diagnostiques (nouvelle version).

Le CECII a également émis son avis sur différents protocoles médicaux, ordonnances collectives et ordonnances individuelles standardisées :

PROTOCOLES MÉDICAUX (PRO) :

- PRO 070 Traitement de l'hypotension artérielle systémique postopératoire chirurgie cardiaque
- PRO 094 Protocole d'utilisation du ténecteplase (TNKasemd) dans la thrombolyse coronarienne
- PRO 149 Sevrage et ajustement des paramètres respiratoires en postopératoire de chirurgie cardiaque
- PRO 150 Extubation des usagers en postopératoire de chirurgie cardiaque
- PRO 155 Administration de calcium lors du traitement par aphérèse
- PRO 156 Protocole d'utilisation de l'altéplase dans la thrombolyse de l'accident vasculaire cérébral

ORDONNANCES COLLECTIVES (OC) :

- OC 003 Prélèvement pour culture
- OC 004 Réception à l'Urgence d'un usager présentant une douleur rétrosternale
- OC 007 Réception à l'Urgence d'un usager présentant une hémorragie digestive soupçonnée
- OC 008 Réception à l'Urgence d'un usager avec un œdème aigu pulmonaire soupçonné
- OC 009 Réception à l'Urgence d'un usager chez qui on soupçonne une intoxication médicamenteuse ou autre

- OC 028 Demande de radiographie du pied ou de la cheville chez un usager se présentant à l'Urgence
- OC 131 Examens et surveillance pré et postopératoires immédiats en chirurgie bariatrique
- OC 134 Examens préliminaires préchimiothérapie chez un usager avec un diagnostic de cancer pulmonaire
- OC 135 Demande d'une radiographie pulmonaire en oncologie ambulatoire
- OC 136 Initier un examen préliminaire à une tomodensitométrie avec infusion
- OC ??? Cathétérisme vésical pour la gestion de la rétention urinaire
- OC 144 Administration de l'acétaminophène pour le soulagement de l'hyperthermie ou de la douleur légère à modérée
- OC 112 Utilisation des laxatifs pour la prévention et le traitement de la constipation
- OC 159 Administration d'une crème anesthésique topique pour le traitement du prurit chez les usagers en soins palliatifs
- OC 105 Administration d'une ordonnance de détresse respiratoire chez l'usager en soins palliatifs
- OC 160 Utilisation de la salive artificielle pour le soulagement de la sécheresse buccale chez l'usager en soins palliatifs
- OC 161 Application d'un lubrifiant pour le soulagement de la sécheresse oculaire chez l'usager en soins palliatifs
- OC 162 Application d'un gel nasal lubrifiant pour le soulagement de la sécheresse des muqueuses nasales chez l'usager en soins palliatifs
- OC ??? Test de provocation bronchique à la métacholine
- OC 005 Réception à l'Urgence d'un usager polytraumatisé

ORDONNANCES INDIVIDUELLES STANDARDISÉES (OIS) :

- chirurgie cardiaque antibioprophylaxie préopératoire;
- jour 0 postopératoire clientèle chirurgie cardiaque.

MÉTHODES DE SOINS :

- Administration de concentré du complexe prothrombinique OCTAPLEX (facteurs II, VII, IX et X).

4. ORGANISER DES ÉVÉNEMENTS INFORMATIONNELS ET FORMATIFS POUR LES INFIRMIÈRES

La satisfaction et la participation des membres du CII ont été très élevées lors des séances du midi. Voici les thèmes abordés cette année dans le cadre de ces dîners-cliniques :

- *L'advocacy* infirmier auprès des clientèles en fin de vie
- Comment mesurer la qualité des soins dans un milieu de soins spécialisés comme le nôtre
- Les bactéries multirésistantes (SARM, ERV, C. difficile) et le rôle d'une infirmière en PCI
- L'approche adaptée à la personne âgée, une approche organisationnelle! (le 25 avril 2012)

Le CECII a pour objectif de faciliter la mise en application de la nouvelle norme de l'OIIQ en ce qui a trait à la formation continue. Une base de référence sera diffusée pour orienter ses membres vers les différentes sources de formation possible.

5. ORGANISER DES ÉVÉNEMENTS DE PROMOTION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE ET INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Tout d'abord, afin de souligner la semaine de l'infirmière auxiliaire, un dîner-causerie a eu lieu le 10 mai 2011, où le CECII, M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers, ainsi que M. Michel Delamarre, directeur général, conviaient l'ensemble des infirmières auxiliaires de l'établissement à venir rencontrer M. Régis Paradis, président de l'OIIAQ. L'événement a permis aux infirmières auxiliaires présentes de discuter avec ces derniers. Les sujets abordés par M. Paradis ont été la collaboration infirmière infirmière auxiliaire et le développement des compétences en cours d'emploi. Suite à ce dîner-causerie, M. Paradis a effectué une visite des unités de soins où œuvrent les infirmières auxiliaires à l'IUCPQ en compagnie de M^{me} Diane Benoît et M^{me} Carine Vézina.

Ensuite, parmi les activités de la semaine de l'infirmière qui a retenu l'attention figurent :

- la tournée des unités de soins et services, pour chacun des quarts de travail, par les membres du CECII, afin d'offrir une boîte de chocolats en guise de reconnaissance;
- la tenue de kiosques d'intérêt pour la profession infirmière ainsi que deux stations de massothérapie à la disposition des infirmières;

- le 9 mai 2011, M^{me} Desrosiers, présidente de l'OIIQ, est venue donner une conférence où elle nous a entretenus sur différents dossiers, soit les ordonnances collectives, la formation en cours d'emploi et les exigences de la formation quant à l'entrée dans la profession infirmière. Des rencontres ont également été organisées avec les infirmières praticiennes spécialisées et le CECII afin d'échanger sur les différents enjeux de la profession.
- la tenue du Cocktail reconnaissance du CII, au cours duquel le Prix reconnaissance Louise-Jobin a été remis à M^{me} Danie Marquis, assistante infirmière-chef à l'Urgence. La troupe *Parmi elles*, dirigée par M^{me} Hélène Gagné, a divertit l'assistance avec différentes prestations artistiques. De plus, le comité Relève s'est joint à cette soirée afin d'honorer deux infirmières par la remise de prix, soit à une infirmière de la relève, M^{me} Marianne Lavoie, infirmière au 3^e SI, et un prix Mentor à M^{me} Claire Tremblay, infirmière clinicienne à la clinique d'insuffisance cardiaque. Une infirmière auxiliaire a aussi été honorée, soit M^{me} Véronique Gauthier œuvrant au 3^e Notre-Dame pour la relève infirmière auxiliaire.

6. SOUTENIR ET COLLABORER AU BON FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Depuis deux ans déjà, l'exécutif du CIAA : M^{mes} Carine Vézina (4^e Ouest), Isabelle Croteau (2^e ND) et Charlène Germain-Cameron (équipe volante) travaillent en collaboration étroite avec le CEII à toutes les séances de travail précédant la réunion de l'exécutif. L'établissement a reçu une visite d'inspection professionnelle par l'OIIAQ les 16, 17 et 18 mai 2011. À cet égard, les membres du CIAA ont été sollicités pour la préparation de cette visite. Les conclusions de l'inspection professionnelle ont d'ailleurs été excellentes.

7. AUTRES ACTIVITÉS DU CII

La présidente du CECII participe aux réunions du comité consultatif à la Direction générale (CCDG), du comité de coordination de la Direction des soins infirmiers (CCDSI) et du comité de démarrage d'entreprise en santé. L'agente de communication, M^{me} Marie-Claude St-Pierre, siège au comité de gestion des risques à titre de représentante du CECII et M. Sébastien Dubois siège, quant à lui, au comité sur le dossier clinique informatisé.

Pour l'année 2011-2012, le CECII a également émis des avis sur les dossiers suivants :

- Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales 2011-2015
- Procédure relative aux codes d'alerte pour les pathogènes d'acquisition nosocomiale suivante : *C. difficile*, ERV, gastro-entérite d'allure virale et le SARM
- Procédure et politique relatives à la mission de l'enseignement
- Procédure relative à la vérification du matériel de réanimation cardiorespiratoire (RCR)
- Procédure relative à la réanimation cardiorespiratoire (code bleu)
- Révision des processus de documentation pour une plus grande efficacité
- L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Les avis ont été émis aux porteurs de chacun des dossiers. Ces derniers les ont ensuite fait cheminer dans l'organisation pour être finalement adoptés par le comité de direction et/ou au sein des directions concernées.

En conclusion, 2011-2012 aura été une année fort occupée pour les membres du CECII, qui auront eu à s'impliquer dans d'importants dossiers organisationnels et prioritaires pour l'avancement de la pratique infirmière. Les membres du CECII ont fait preuve d'un sens critique exemplaire et d'un engagement notoire tout au long de l'année, et ce, malgré la courte expérience de plusieurs membres dans ce type de fonction. Le CII de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec compte demeurer disponible et impliqué auprès de ses membres afin de collaborer à une prestation de soins infirmiers de qualité et à un développement optimal de la pratique infirmière.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Mélanie Bélanger
Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

ADOPTÉ PAR LE CECII LE 27 MARS 2012
PRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
LE 11 AVRIL 2012

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

À la fin de la présente année, l'exécutif du conseil multidisciplinaire (CM) est formé des membres suivants :

- M^{me} Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie (présidente)
- M^{me} Annie Lafontaine, technologiste médicale (vice-présidente, représentante à la CMuR et responsable des comités de pairs)
- M. Serge Simard, biostatisticien (secrétaire et membre élu au conseil d'administration)
- M^{me} Cassiopée Paradis-Gagnon, coordonnatrice en thérapie respiratoire (représentante à la CMuR)
- M^{me} Véronique Therrien, intervenante pivot en tabagisme (agente de communication) en remplacement de M^{me} Valérie Langlois, physiothérapeute
- M. Steve Théroux, orthophoniste, en remplacement de M^{me} Mélanie Maltais, nutritionniste
- M^{me} Julie Bourdages, nutritionniste, en remplacement de M^{me} Lina Guérard, nutritionniste

MEMBRES D'OFFICE

- M. Michel Delamarre, directeur général
- M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice à la coordination des programmes

RÉUNIONS

Le comité exécutif s'est réuni à quatre reprises, en plus de l'assemblée générale annuelle 2010-2011, tenue le 1^{er} juin 2011. L'assemblée générale annuelle 2011-2012 aura lieu le 30 mai 2012 avec la présentation des comités de pairs. Plus de 15 rencontres de travail se sont tenues de septembre à juin.

COMITÉ DE PAIRS

Un comité de pairs est un regroupement de professionnels d'une même spécialité dans le but de maintenir et d'améliorer la qualité de leur pratique. Le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par un établissement (Loi sur les services de santé et les services sociaux). À cet effet, deux comités de pairs ont été initiés par le conseil multidisciplinaire.

- Sujet : Désinfection et réutilisation des masques à ventilation pour Bi-PAP, C-PAP et volumétrique.
- Équipe : Inhalothérapie (Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile)
- Résultat : Diminution des coûts reliés à cette problématique tout en augmentant le taux de réussite de la thérapie par un meilleur ajustement de l'interface.
- Sujet : Documentation et promotion des possibilités de formation continue dans le domaine des sciences biomédicales.
- Équipe : Laboratoire de biologie médicale
- Résultat : Identification des besoins et des lacunes en formation et des suivis à faire.

DOCUMENTS RECOMMANDÉS SANS OU AVEC PROPOSITIONS MINEURES

- Procédure relative à l'introduction d'une nouvelle technologie utilisée pour le diagnostic, les soins et les traitements des usagers : suivi fait le 21 avril 2011 auprès de la Direction des affaires cliniques
- Procédure relative à l'utilisation du laboratoire d'enseignement : suivi fait le 6 mai 2011 auprès de la Direction de l'enseignement universitaire
- Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales 2011-2015 : suivi fait le 26 octobre 2011 auprès de la Direction des soins infirmiers
- Procédure relative aux codes d'alerte pour les pathogènes d'acquisition nosocomiale : suivi fait le 16 janvier 2012 à la PCI en proposant l'ajout d'orientations pour les secteurs réadaptation et radiologie
- Politique et procédure relative à la mission d'enseignement : suivi fait le 25 janvier 2012 à la Direction de l'enseignement universitaire

PROTOCOLES SOUMIS POUR RECOMMANDATION

- Protocole 149 concernant le sevrage et ajustement des paramètres respiratoires en postopératoire de chirurgie cardiaque et protocole 150 concernant l'extubation des usagers en postopératoire de chirurgie cardiaque : suivis faits le 17 février 2012 auprès du Service de thérapie respiratoire

PROTOCOLE REÇU À TITRE INFORMATIF

- « Procédure et chirurgie de l'aorte thoracique descendante » : accusé de réception le 10 février 2012 à l'Unité en soins intensifs de chirurgie cardiaque

ORDONNANCES COLLECTIVES SOUMISES POUR RECOMMANDATION

- Ordonnances collectives concernant le test d'allergie per cutanée et les tests de provocation bronchique à la métacholine : suivis faits respectivement les 6 mai et 17 novembre 2011 auprès du Service de thérapie respiratoire

ORDONNANCES COLLECTIVES REÇUES À TITRE INFORMATIF

- Aucune

PRÉSENTATIONS PAR DES INVITÉS LORS DES RÉUNIONS DE TRAVAIL

- Le plan de cheminement clinique standardisé (16 novembre 2011) par M. Claude Landry, coordonnateur des admissions et responsable de l'accès aux services spécialisés
- Le dossier électronique patient (21 décembre 2011 et 24 janvier 2012) par M^{me} Maryse Bernier, directrice de projets
- Les nouveaux dépliants d'information : « Comité d'éthique clinique » et « Ma vie, mes choix... Mes objectifs de soins » (24 janvier 2012) par M. Patrick Careau, représentant du CM au comité d'éthique
- La démarche d'agrément : programme Qmentum (1^{er} février 2012) par M^{me} Nathalie Migneault, conseillère en gestion des risques et de la qualité
- L'analyse de sensibilité du modèle d'efficience du MSSS - l'impact sur le financement de l'IUCPQ & MAGIC (8 février 2012) par M. Sébastien Blais, conseiller en performance et suivis de gestion

AUDITS DE LA DIRECTION AVEC DES CONSULTANTS EXTERNES

Participation à l'audit communicationnel du 16 février 2012

Participation à l'audit sur l'implantation de la gestion par programmes du 27 mai 2011

FAITS SAILLANTS – SUIVIS SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2008-2013

LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL

ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX

LE PROJET « ENTREPRISE EN SANTÉ »

Le conseil multidisciplinaire appuie la démarche « Entreprise en santé » par sa participation au comité de démarrage. Afin de démontrer son adhésion au projet, le conseil a rencontré ses membres dans leurs secteurs respectifs afin de leur faire connaître la démarche et de stimuler leur participation au sondage préliminaire. D'autres actions seront planifiées afin d'encourager l'implication de ses membres dans le projet.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

L'approche organisationnelle en lien avec l'approche adaptée à la personne âgée : un suivi a été fait le 24 février 2012 auprès de la Direction des programmes. L'importance de compléter l'implantation et de consolider le programme de marche dans un court délai a été soulignée : ce programme permet de minimiser le plus possible les impacts de l'hospitalisation sur la qualité de vie future des usagers. Cette action permet également de maximiser l'utilisation des ressources professionnelles et institutionnelles en posant le bon geste au bon moment. Des complications peuvent résulter non pas de la maladie qui affecte la personne, mais de la façon dont les soins lui sont dispensés. De plus, nous avons profité de l'occasion pour exprimer les nouveaux besoins de la clientèle ambulatoire qui est de moins en moins autonome dans ses transferts et déplacements. Les services ont besoin d'être adaptés et les professionnels mieux outillés pour s'harmoniser avec la réalité actuelle.

LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE

Un des objectifs de la planification stratégique est d'accroître l'interdisciplinarité dans le traitement des problématiques de santé complexes. En cours d'année, le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) a outillé des intervenants de différentes professions au travail interdisciplinaire. Cet objectif rejoint pleinement le mandat du conseil en lien avec le processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services. Le conseil continuera de promouvoir la transmission de cette culture au sein de ces membres.

L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE

Un questionnement avait été soulevé par des professionnels en recherche sur leur légitimité à joindre le conseil multidisciplinaire. Les aspects légaux de constitution du conseil permettront

l'acceptation de la demande donc, les professionnels de la recherche seront dorénavant intégrés au conseil selon leurs professions distinctes. Le processus devrait se conclure au cours de la prochaine année.

UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT L'IMPLICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DANS SA MISSION D'ENSEIGNEMENT

La procédure relative à la mission d'enseignement, émise par la Direction de l'enseignement, a amené un apport intéressant en quantifiant le temps de libération nécessaire pour l'accomplissement de certaines activités en lien avec les stages. Ainsi, un cadre de référence devient accessible pour mieux mesurer les besoins autant pour les gestionnaires que pour les professionnels. L'objectif d'accroître et de reconnaître la contribution du personnel à ces activités demeure toujours un sujet d'actualité.

LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE LE DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ

Des membres de l'exécutif du conseil multidisciplinaire sont impliqués au sein du comité traitant du dossier informatisé de l'usager. Le projet est à ses débuts : le conseil maintiendra son implication dans le projet.

RAYONNEMENT EXTÉRIEUR / INTERACTIONS AVEC NOS PARTENAIRES EXTERNÉS

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMUR) À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Le 13 juin 2011, les membres des exécutifs des différents conseils multidisciplinaires de la région ont été convoqués à une assemblée de désignation pour élire les nouveaux membres de la CMuR. Lina Guérard (nutritionniste) et Annie Lafontaine (technologiste médicale) ont donc été élues dans leur collège électoral respectif. Les travaux de la CMuR ont repris lors d'une première réunion le 5 octobre 2011 à l'Agence. À la réunion du 12 décembre, Mme Lina Guérard a annoncé qu'elle devait quitter la CMuR pour des raisons personnelles. Mme Cassiopée Paradis-Gagnon, inhalothérapeute à l'IUCPQ, a été sollicitée pour combler le poste laissé vacant. Une troisième réunion a eu lieu le 29 février 2012. Les travaux de la CMuR se poursuivront en 2012.

FORMATION

Deux membres de l'exécutif ont assisté au Colloque des conseils multidisciplinaires tenu à Lévis, les 3 et 4 novembre 2011. Ce

colloque permettait de favoriser les échanges entre les conseils des différentes régions et d'assister à diverses présentations sur des sujets qui sont au cœur des préoccupations des membres du CM.

PERSPECTIVES D'ACTION 2012-2013

En lien avec les faits saillants de l'année 2011-2012, une attention particulière sera portée à l'atteinte des objectifs suivants :

- continuer les démarches d'intégration du personnel de la recherche;
- poursuivre notre implication au sein des projets suivants : « Entreprise en santé » et « Dossier clinique informatisé »;
- échanger avec nos membres et recommander, au besoin, des pistes de solutions permettant une meilleure pratique interprofessionnelle en lien, entre autres, avec l'implantation du plan de cheminement clinique standardisé;
- préciser les besoins des superviseurs de stages afin de voir si les mesures en place sont suffisantes et adaptées à la réalité des professionnels.

Dans le cadre de notre mandat concernant l'amélioration des soins et services, de nouveaux comités de pairs seront mis en place. Par ailleurs, nous maintiendrons notre implication au sein de la Commission multidisciplinaire régionale à l'Agence et nous poursuivrons nos efforts pour mieux faire connaître nos actions auprès de nos membres.

CONCLUSION

Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec va presque doubler d'ici 25 ans passant de 14 % à plus de 25 %¹. Ces personnes, même si elles sont en forme, sont plus vulnérables que les gens d'âge moyen en bonne condition physique. En conséquence, lors d'une hospitalisation, elles sont plus susceptibles, surtout en présence de maladies chroniques, d'être affectées rapidement par des pratiques moins adaptées à leur condition. Dans ce contexte, l'approche adaptée à la personne âgée ainsi que la pratique interprofessionnelle prennent toute leur importance. À ce titre, nous nous engageons, comme conseil multidisciplinaire, à poursuivre notre implication dans ce processus et ce, conjointement avec les deux autres conseils, la direction et tous les intervenants concernés pour une constante amélioration des soins et services aux usagers.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Sylvianne Picard, pht
Présidente du conseil multidisciplinaire

1. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.

COMITÉ DES USAGERS (CU)

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2011-2012, le comité des usagers a tenu sept réunions formelles ainsi que de nombreuses rencontres individuelles et collectives avec des usagers de l'établissement. Le comité privilégie toujours ce mode de fonctionnement dans l'appréciation du degré de satisfaction des usagers, ce qu'il considère comme un complément aux études de satisfaction de la clientèle menées par l'établissement. Le lecteur trouvera dans les pages qui suivent le rapport annuel du comité des usagers pour l'exercice 2011-2012, y compris les mentions qui doivent dorénavant être faites au rapport annuel de l'établissement. Les sections visées sont identifiées à l'aide d'un astérisque.

FAITS SAILLANTS *

Si on voulait mettre en lumière certains faits saillants reliés au travail du comité des usagers, on retiendrait les éléments suivants :

- la tenue à l'Institut, pour une troisième fois, d'une journée du comité des usagers;
- la très grande participation des membres aux réunions du comité et aux activités-rencontres avec les usagers;
- l'ouverture de la direction aux suggestions et aux demandes du comité;
- le temps et les énergies consacrés par le comité à l'égard des clientèles en attente d'hébergement et en soins palliatifs ;
- la tenue d'un dîner-conférence.

FORMATION

Les membres du comité ont assisté à plusieurs sessions de formation données entre autres par le Conseil pour la protection des malades, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et le Regroupement provincial des comités des usagers. Les membres profitent de ces occasions de formation pour discuter avec des membres d'autres comités des usagers dans le but de comparer les façons de procéder. Le comité trouve très intéressant le travail du Forum des citoyens, très présent au niveau du travail des comités des usagers, et il regrette que des restrictions financières remettent en cause tout le travail de cette organisation.

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS

L'un des objectifs majeurs du comité des usagers concerne l'évaluation de la satisfaction des usagers. À ce chapitre, le comité privilégie les rencontres personnelles avec les usagers ou avec leurs proches lors des visites aux malades. Lors de certaines occasions spéciales, comme la période des fêtes, la fête des Mères ou la fête des Pères, des cartes de souhaits sont distribuées par les membres du comité.

Le comité utilise également des boîtes à commentaires dont le contenu fait l'objet d'un suivi systématique lors des réunions du comité. La direction de l'Institut, qui est toujours présente aux réunions, effectue les suivis lorsque nécessaire. Le comité est très satisfait des suites données par la direction.

INTERVENTIONS DU COMITÉ *

Le comité privilégie les rencontres individuelles avec les usagers et les commentaires écrits reçus de ceux-ci. Les remarques verbales ou écrites font l'objet d'un rapport lors de chacune des réunions du comité. La direction de l'établissement assiste à ces rapports, discute de la situation et lorsque requis, apporte les suivis de façon très satisfaisante. Deux cas ont été soumis à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services vers la fin de l'année.

SUITES APPORTÉES OU ENVISAGÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION *

Les cas analysés par le comité et sur lesquels la direction apporte des suivis n'ont pas à être soumis de façon spécifique au conseil d'administration. Aucun cas analysé par le comité en 2011-2012 n'a été soumis à l'attention du conseil d'administration.

JOURNÉE DU COMITÉ DES USAGERS

Dans le but de faire reconnaître davantage son rôle et son travail, le comité des usagers a organisé, pour une deuxième année, la « journée du comité des usagers ». Plus de trois cents questionnaires ont été remplis par des usagers et des visiteurs de l'établissement. Une centaine d'entrevues portant sur la satisfaction de la clientèle ont été effectuées par les membres du comité qui ont participé à cette journée spéciale tenue de 9 h à 17 h.

DÎNER-CONFÉRENCE

Conformément à son objectif de se faire connaître, le comité des usagers a organisé un dîner-conférence dont le sujet portait sur le « tour de taille et la sédentarité comme facteurs de prévention des maladies cardiaques ». La conférence donnée par M. Jean-Pierre Després a connu un véritable succès de participation et le comité entend répéter l'exercice l'an prochain.

SOUS-COMITÉS

Les règles de fonctionnement du comité des usagers prévoient la création de sous-comités selon les axes d'excellence de l'établissement. Le sous-comité des usagers du Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC), très dynamique, concentre ses activités sur le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services reçus et il organise au besoin des activités de financement. Le rapport du sous-comité est disponible pour tout usager qui en fait la demande.

PARTICIPATION À DIFFÉRENTS COMITÉS

Les membres du comité des usagers participent à de nombreux comités mis en place dans l'établissement, comme le comité de gestion des risques, le comité de l'alimentation et le comité d'éthique clinique. Ils participent également à diverses activités de consultation.

TRAITEMENT DES PLAINTES

Le comité des usagers a également pour mandat d'aider les usagers dans la préparation des plaintes. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a rencontré le comité au cours de l'année dans le but de faire rapport sur ses activités. Le comité peut aider les usagers à formuler leur plainte à la commissaire. Pour bien remplir ce rôle, le comité distribue régulièrement aux usagers des objets de promotion qui donnent à ceux-ci les coordonnées pour joindre le comité des usagers. De plus, le comité a établi un horaire de présence à son local dans le but de s'assurer de répondre aux attentes des usagers.

FINANCES

Sur le plan financier, le comité des usagers dispose d'un budget annuel d'environ 60 000 \$. Ce budget est réparti par fonction, dont la formation des membres, l'évaluation de la satisfaction des usagers, l'assemblée générale, etc. Pour l'année 2011-2012, le total des dépenses courantes se chiffre à près de 30 000 \$.

Jusqu'à l'année passée, il était connu que les montants non utilisés dans une année donnée étaient reportés aux années suivantes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a modifié cette règle et il a élargi considérablement le domaine d'utilisation de ces fonds. À la fin de l'année en cours, le comité a donc approuvé un projet de revalorisation de 75 000 \$ des locaux occupés par des usagers nécessitant des soins de longue durée dans le sens de l'orientation « milieu de vie » retenue par le Ministère et l'achat d'appareils de mesure des signes vitaux pour un montant de 130 000 \$. Il est de l'intention du comité d'utiliser la plus grande partie des sommes disponibles à l'intérieur des nouvelles pistes autorisées et de conserver un solde minimum comme réserve éventuelle si possible.

COMPOSITION DU COMITÉ

Depuis le dernier rapport annuel, nous avons vécu le départ de M. Adolphe Michaud et de M^{me} Louise Turgeon. Ils ont été remplacés par M^{me} Solange Turbide et M. Clément Bérubé. Il y a lieu de remercier tous les membres pour leur participation assidue aux réunions et aux autres activités du comité. Il faut souligner que dans le cas de M. Michaud, il s'agissait d'une séparation après plus de 25 ans de bénévolat dans l'établissement.

ÉVALUATION DU COMITÉ

Comme à chaque année, le comité a fait un exercice d'évaluation de son travail et de la participation de ses membres. Ce travail se fait à l'aide d'un questionnaire-sondage et de rencontres individuelles des membres avec le président. Les membres ont encore une fois exprimé leur satisfaction de la façon dont le comité fonctionne et le taux de présence de près de 85 % aux réunions du comité ainsi que la participation de tous les membres aux travaux en dehors des réunions est un témoignage de leur dévouement et de leur satisfaction.

Lors de la dernière évaluation, plusieurs membres avaient souligné que le questionnaire portait davantage sur le fonctionnement du comité que sur l'atteinte de ses objectifs. Le comité a donc mis en place un processus de dépôt périodique d'un rapport d'étape sur le degré de réalisation des objectifs retenus par le comité.

QUELQUES STATISTIQUES

Au cours de l'année, le comité des usagers a tenu sept réunions comparativement à sept l'année précédente. Le comité a organisé quatre visites collectives des usagers, soit le même nombre que l'an dernier. Au cours de ces visites, près de six cents usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité. Lors de la journée du comité des usagers, près de trois cents dépliants sur le rôle du comité ont été distribués aux usagers et à leurs visiteurs.

Le comité des usagers participe à plusieurs conseils et comités de l'Institut, dont le conseil d'administration, le comité d'éthique clinique, le comité de gestion des risques et d'autres comités moins formels comme le comité sur l'alimentation. Le comité est membre du Regroupement provincial des comités des usagers, de l'Association québécoise de gérontologie et du Conseil pour la protection des malades. Tout au long de l'année, les membres participent à des colloques et à des activités de formation donnés par des organismes crédibles, principalement dans la région de Québec.

MODIFICATIONS AUX RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

Le comité a effectué un changement mineur à ses règles de fonctionnement au cours de la dernière année. Celui-ci vise le processus de mise en nomination pour les élections lors de l'assemblée annuelle des usagers.

CONCLUSION

En terminant ce rapport, il y a lieu de souligner la participation des membres du comité, tant pour leur présence aux réunions que pour le travail respectif que chacun a accepté de faire, particulièrement pour les rencontres d'évaluation avec les usagers, de même que la collaboration et le support de la direction pour tout ce qui regarde le comité des usagers.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Georges Smith
Président du comité des usagers

Adopté par le comité des usagers le 10 avril 2012

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité assure auprès du conseil d'administration (CA), « le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées ».

De plus, le comité de vigilance et de la qualité est « responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités » en matière de qualité.

Durant l'année, le comité s'est réuni à trois reprises. Ces réunions ont porté sur :

LE SUIVI DES PROGRÈS RÉALISÉS DES TROIS RECOMMANDATIONS RETENUES PAR LE COMITÉ DE VIGILANCE

À chaque rencontre, le comité de vigilance a invité les directeurs concernés à faire un état de situation des travaux en cours pour chacune des recommandations suivantes :

1. Systématiser la réévaluation des usagers en attente au Service d'urgence.
2. Clarifier l'utilisation des ordonnances collectives reliées à la clientèle desservie dans nos services ambulatoires.
3. Déployer le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission des usagers.

LE SUIVI DU TRAITEMENT DES PLAINTES ET DES RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LE MÉDECIN EXAMINATEUR

À chacune de ses rencontres, le comité a reçu et analysé le tableau synthèse de chacun des dossiers ouverts par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (la commissaire) et le tableau de suivi des recommandations émises par la commissaire et le médecin examinateur afin d'éviter la récurrence de certaines plaintes.

LE SUIVI DES ACTIVITÉS RELIÉES À LA QUALITÉ ET À LA GESTION DES RISQUES PAR LA COORDONNATRICE À LA QUALITÉ ET À LA GESTION DES RISQUES

Le comité a reçu et analysé le tableau de suivi des événements sentinelles, le rapport trimestriel sur la gestion des risques et le plan de suivi de la démarche d'agrément.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Gilles Kirouac
Président du comité de vigilance et de la qualité

COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Le comité de révision des plaintes est composé de trois membres, M^{me} Marie-France La Haye, membre du CA de l'IUCPQ, D^r Gilles R. Dagenais et D^r Francis Laberge. Le comité de révision a pour mandat de réviser le traitement accordé par le médecin examinateur, suite à l'examen de la plainte d'un usager. À cette fin, le comité prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager; s'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, avec équité et diligence, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au cours du dernier exercice, le comité a reçu trois demandes de révision.

L'une de ces plaintes n'a pas été examinée par les membres du comité puisqu'elle soulevait à sa face même, des questions d'ordres disciplinaires. Conformément aux dispositions de l'article 52 al. 4 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une copie de ladite plainte ainsi que le dossier ont été acheminés au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens afin qu'un comité soit formé pour l'étude de cette plainte. Le comité a procédé à l'examen des deux autres plaintes, consulté toute la documentation disponible et requis des compléments d'information. Ensuite, les membres du comité ont tenu trois rencontres formelles afin d'étayer leur analyse et rencontrer les plaignants et leurs accompagnateurs.

Dans une situation, le comité de révision a confirmé la conclusion du médecin examinateur à l'effet que les médecins qui ont prodigué les soins à l'usager concerné pendant ses séjours et visites à l'IUCPQ n'ont pas erré dans leur jugement et qu'ils se sont acquittés de leurs responsabilités avec compétences et diligence. Dans l'autre cas, le comité de révision a confirmé la conclusion du médecin examinateur à l'effet que le médecin qui a prodigué les soins à l'usager concerné pendant ses séjours et visites à l'IUCPQ, n'a pas erré dans son jugement et qu'il s'est acquitté de ses responsabilités avec compétences, et ce, bien qu'il y ait eu un problème de communication auquel le médecin a été sensibilisé. Le comité a conclu que l'examen de la plainte par le médecin examinateur avait reçu le traitement approprié.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Marie-France La Haye
Présidente du comité de révision

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. À cette fin, elle applique la procédure d'examen des plaintes définie au Règlement 32 du conseil d'administration.

Le rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes des usagers est prescrit à l'article 76.11 de la Loi. Il présente le bilan des activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision. Il est disponible sur le site Internet de l'IUCPQ.

DEMANDES REÇUES DEPUIS LE 1^{er} AVRIL 2008

STATUT	REÇUES EN 2008-2009	REÇUES EN 2009-2010	REÇUES EN 2010-2011	REÇUES EN 2011-2012	VARIATION AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	VARIATION DEPUIS 2007
Assistances interventions consultations	65	61	50	46	4 ↓ = 8 %	19 ↓ = 29 %
Plaintes	65	73	104	96	8 ↓ = 8 %	31 ↑ = 48 %
TOTAL	130	134	154	142	12 ↓ = 8 %	12 ↑ = 9 %

Les demandes reçues cette année ont diminué de 8 % par rapport à l'année dernière, soit une diminution de 8 % des plaintes et une baisse de 8 % des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention. Les demandes reçues entre 2008-2009 et 2011-2012 ont augmenté de 9 %. La commissaire locale a assuré un suivi auprès de six usagers pour lesquels l'insatisfaction justifiait l'ouverture d'un dossier d'assistance ou de plainte dont :

- Cinq en provenance du comité des usagers;
- Une en provenance de la Direction générale.

Parmi les 142 demandes reçues :

- 68 % ont été formulées sous forme de plainte;
- 23 % sous forme d'assistance, à la demande de l'usager qui souhaite obtenir de l'aide concernant un soin ou un service, ou de l'assistance à la formulation d'une plainte;
- 7 % sous forme de consultation visant un avis ou une demande en provenance d'un cadre de l'IUCPQ, d'un commissaire local, d'un commissaire régional ou du Protecteur du citoyen traitant une plainte en lien avec un usager de l'IUCPQ;
- 2 % sous forme d'intervention pour examiner une situation portée à son attention pour laquelle elle avait des motifs raisonnables de croire que les droits de l'usager n'étaient pas respectés.

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT AU DÉBUT DE L'EXERCICE	PLAINTES REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL	PLAINTES CONCLUES DURANT L'EXERCICE	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT À LA FIN DE L'EXERCICE
Commissaire locale	2	68	70	64	6
Médecin examinateur	4	28	32	26	6
TOTAL	6	96	102	90	12

La commissaire locale a ouvert 96 plaintes, en a traitées 68 et transférées 28 au médecin examinateur.

OBJETS DE PLAINTES

CATÉGORIE D'OBJETS	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	29	40 %	8	30 %
Organisation du milieu	15	21 %	1	4 %
Accessibilité	14	20 %	2	8 %
Soins et services	10	14 %	13	50 %
Droits particuliers	3	4 %	-	-
Aspect financier	1	1 %	-	-
Autres	-	-	2	8 %
TOTAL	72	100 %	26	100 %

*Une plainte peut comporter plusieurs objets de plainte.

Les principaux motifs des plaintes conclues par la commissaire locale sont par ordre d'importance :

1. Les relations interpersonnelles qui regroupent le respect de la personne, la communication avec l'utilisateur et l'entourage, le savoir-être et l'empathie.
2. L'organisation du milieu et des ressources matérielles, notamment l'hygiène et la salubrité, la perte de biens personnels et le transfert interétablissement en transport adapté.
3. L'accessibilité qui concerne les délais au Service d'urgence et pour obtenir des résultats d'imagerie médicale et de laboratoires.
4. Les soins et services parmi lesquels on retrouve des plaintes relatives aux habiletés techniques et professionnelles, à l'approche thérapeutique, à la continuité des soins, et au processus de transfert.

Les motifs de plaintes traitées par le médecin examinateur concernent particulièrement :

- les soins et services en particulier la continuité, l'évaluation et le jugement professionnel;
- les relations interpersonnelles, en particulier la communication avec l'utilisateur ou sa famille et le respect de la personne.

MESURES CORRECTIVES

Cinquante-quatre mesures correctives ont été actualisées dans 57 % des dossiers traités par la commissaire locale :

- six mesures concernent des demandes d'amélioration des habiletés techniques et professionnelles ainsi que l'approche thérapeutique;
- vingt-huit mesures concernent des demandes pour améliorer les communications avec l'utilisateur et la famille, l'écoute, l'empathie et les attitudes;

- quatre mesures concernent l'adaptation des lieux physiques ou l'achat d'équipement ou de matériel;
- seize mesures concernent l'amélioration de processus permettant d'améliorer la qualité ou l'efficacité des soins et services offerts.

À l'issue du traitement des plaintes médicales, sept mesures ont été prises dans 27 % des plaintes traitées par le médecin examinateur :

- deux concernent les soins et traitements dispensés;
- trois concernent les relations interpersonnelles au regard des attitudes, des commentaires et du manque d'empathie;
- deux concernent l'accessibilité à des services médicaux et autres.

RECOMMANDATIONS

Onze recommandations à portée systémique ont été émises cette année dont la majorité sont déjà implantées.

1. Que de la formation en soins palliatifs soit offerte au personnel d'une unité de soins, particulièrement concernant le soulagement de la douleur, le soutien à la famille lors d'une mort imminente et les questions éthiques reliées au soulagement de la douleur.
2. Que l'information contenue dans le formulaire accompagnant la facturation des services reçus par les usagers n'ayant pas de carte d'assurance maladie soit plus claire.
3. Que les coordonnées des personnes à rejoindre inscrites dans le dossier des usagers soient exactes.

4. Que soit révisée la procédure pour effectuer la demande d'un tapis roulant pour un usager en provenance de l'Urgence.
5. Que la politique sur le code d'éthique soit appliquée de telle sorte qu'il n'est pas accepté que les employés, outre ceux de la cafétéria, se déguisent pour l'Halloween.
6. Que les processus de fonctionnement en chirurgie thoracique soient révisés afin qu'elle soit accessible dans un délai acceptable.
7. Que la procédure d'émission des cartes d'hôpital soit assouplie pour accommoder certains usagers, sans augmenter indûment le risque de créer des dossiers vides.
8. Que la boîte destinée au dépôt des prélèvements à la Centrale des prélèvements soit modifiée afin d'être plus visible pour la clientèle.
9. Que des casiers sécuritaires soient aménagés dans la salle d'attente du TACO afin de permettre aux usagers de sécuriser leurs effets personnels.
10. Que des voyants lumineux soient achetés pour les commis de deux secteurs qui ont à répondre à la fois aux usagers qui se présentent à leur bureau et au téléphone, permettant d'indiquer lorsqu'elles parlent au téléphone.
11. Que les notes médicales soient lisibles et datées et que les usagers soient revus par un médecin le jour de leur départ.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Claudia Gallant, M. Sc. inf., M. Sc. adm.

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a notamment pour mandat *d'assurer au conseil d'administration que l'établissement remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité (...) et que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.*

Le comité a tenu quatre rencontres au cours de l'exercice. Le comité a pris connaissance des statistiques en ce qui a trait aux déclarations d'incidents ou d'accidents et le suivi du plan de sécurité des usagers. Les statistiques relatives à la réalisation du bilan comparatif des médicaments et au taux d'infection nosocomiale ont également été déposées.

Quatre rapports trimestriels du comité de gestion des risques ont été produits et déposés au conseil d'administration. Ces rapports font état du nombre de déclarations, de la nature et de la gravité des incidents ou accidents, le taux de divulgation et des suites données au plan de sécurité des usagers.

ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Un événement sentinelle est un accident ayant eu ou qui aurait pu occasionner des conséquences graves pour l'utilisateur ou un événement mineur qui se répète souvent et qui aurait pu entraîner des conséquences pour l'utilisateur. Le comité passe en revue ces événements et s'assure que des mesures sont prises afin d'améliorer la sécurité dans notre établissement. En 2011-2012, 18 événements sentinelles ont été suivis par le comité.

FAITS SAILLANTS

Le mandat et la composition du comité de gestion des risques ont été revus. Les modifications proposées font suite à la réflexion entreprise suite à l'implantation de la gestion par programmes et aux modifications apportées au plan d'organisation. Les modifications ont trait à la composition du comité et aux fonctions et vise notamment à améliorer le fonctionnement du comité. La description des fonctions a été précisée afin d'y ajouter le suivi du plan de sécurité des usagers.

PLAN DE SÉCURITÉ

L'organisation s'est dotée d'un plan de sécurité comptant six grandes orientations qui vise la réduction des risques et l'amélioration de la sécurité des usagers. Le plan élaboré a fait l'objet d'un suivi périodique au comité de gestion des risques et au conseil d'administration. Ces grandes orientations sont :

- harmoniser et promouvoir une culture de sécurité;
- améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des unités de soins et des services ambulatoires, et ce, tout au long du continuum;
- assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments;
- créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuie la prestation sécuritaire des soins et des services;
- réduire les risques d'infections nosocomiales ainsi que leurs conséquences;
- identifier les risques liés à la sécurité propre aux clientèle desservies.

PROCÉDURE RELATIVE À LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Des comités ad hoc d'analyse ont été constitués pour réviser, de manière approfondie, les événements sentinelles survenus. Ce mode de fonctionnement a fait l'objet d'une évaluation afin de bonifier le processus impliqué. Des améliorations ont été apportées afin de préciser les rôles et responsabilités de chacun et optimiser ainsi la démarche.

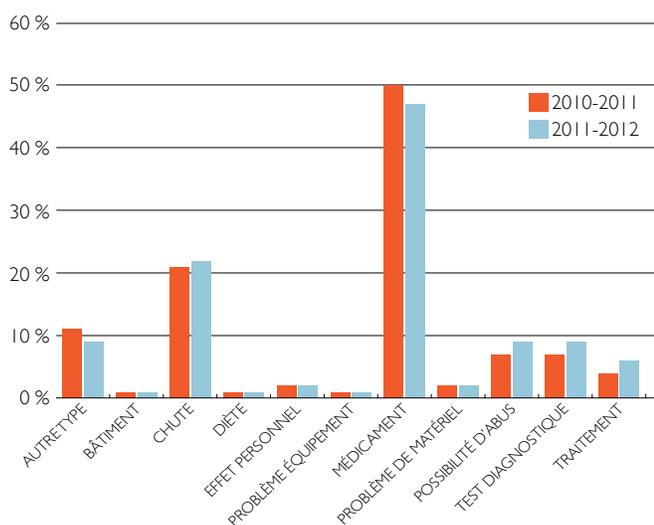
SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité demeure une responsabilité partagée et s'appuie sur la vigilance de chacun. Parmi les mesures prises pour poursuivre la sensibilisation à l'importance de déclarer les incidents et les accidents, mentionnons les présentations lors des déjeuners qualité / performance, des rencontres des gestionnaires et des équipes du terrain.

De plus, la formation d'accueil donnée aux nouveaux employés est maintenant élargie pour intégrer l'ensemble du personnel autant clinique qu'administratif. Le personnel est sensibilisé à la gestion des risques et informé de leurs rôles et responsabilités en matière de déclaration des incidents et accidents. De façon ponctuelle, afin de répondre aux besoins spécifiques de certains secteurs d'activités, des formations d'appoint ont également été données.

NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS PAR TYPE ET PAR ANNÉE

Globalement, le volume de déclarations a enregistré une augmentation de 1.6 % puisque 2 705 déclarations ont été consignées au registre local comparativement à 2 661 l'an dernier. Les quatre principales catégories d'événements déclarées demeurent, par ordre décroissant d'importance, les erreurs liées à l'administration des médicaments, représentant 47 % des déclarations, suivies des chutes, totalisant 22 %, ensuite viennent les erreurs relatives aux tests diagnostiques et la catégorie autre, totalisant 9 % respectivement.



MESURES CORRECTIVES

De nombreuses mesures correctives ont été identifiées en cours d'année suite à l'analyse d'événements sentinelles. Le tableau ci-après en donne un aperçu.

Communiqués

- rappel au personnel soignant de consolider la pratique dans l'application des mesures universelles relatives à la prévention des chutes, sur le processus d'identification des usagers et lors d'une demande de produits sanguins.

Formation

- formation sur les arythmies;
- élaboration d'un programme de formation pour le personnel soignant et de la banque de sang lors d'une demande de produits sanguins.

Gestion

- révision de l'organisation du travail et des outils de communication afin d'assurer une surveillance optimale des usagers lors des changements de quart de travail;
- ajout de ressources humaines en soutien aux équipes.

Politiques, procédures, directives, méthodes de soins et processus

- révision de la méthode de soins afin de clarifier le processus d'identification des usagers;
- ajout de contrôle de qualité dans l'identification des cylindres de mélange gazeux ainsi que l'ajout d'un mécanisme de vérification des étiquettes lors de la livraison;
- révision de la procédure de gestion des télémétries afin d'intégrer les éléments essentiels à la surveillance.

ENFIN

Les membres du comité ont été informés de divers travaux réalisés eu égard à l'élaboration du tableau de bord de gestion des risques et résultats de soins, au Registre national, au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), de la publication de deux documents provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la diffusion du rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Carole Lavoie

Coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques
Secrétaire du comité



ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente :
M^{me} Nicole MORIN

Vice-présidente :
M^{me} Fernande SÉNÉCHAL

Secrétaire :
M. Michel BOULAY

Trésorier :
M. Jean-Paul GAGNÉ

Conseiller(e)s :
M^{me} Lise BERNIER

M^{me} Monique CARRIER

M. Jean-Guy CLOUTIER

M^{me} Doris DUPONT

M^{me} Lisette MICHAUD

Représentante du conseil d'administration de l'IUCPQ : vacant



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

RUBEN MARTINEZ
BÉNÉVOLE (3 ANS)

BÉNÉVOLES RECHERCHÉS

Vous
désirez
vous
impliquer?

Contactez-nous au **418 656-4608**

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

1. FONDEMENTS

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie, le conseil d'administration d'un établissement est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie qui doit être rendu accessible au public et publié dans son rapport annuel. (L.Q., 1997, c. 6)

2. PRINCIPES

Le présent code a pour principe d'établir certaines règles d'éthique et de déontologie régissant les administrateurs de l'Institut en vue :

- d'assurer la confiance du public dans l'intégrité, l'impartialité et la transparence du conseil d'administration;
- de permettre aux administrateurs d'exercer leur mandat et d'accomplir leurs fonctions avec confiance, indépendance et objectivité au mieux de la réalisation de la mission de l'établissement;
- de responsabiliser les administrateurs.

3. OBJECTIFS

Le présent code vise à déterminer les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans l'exercice de leur fonction et les différents rapports qu'ils entretiennent entre eux, avec la communauté, avec les personnes œuvrant au sein de l'établissement et avec les usagers. Les principes d'éthique de ce code tiennent compte de la mission de l'Institut, des valeurs qui sous-tendent son action et de ses principes généraux de gestion.

4. CHAMP D'APPLICATION

Tout administrateur de l'Institut est assujéti au présent code.

5. DÉFINITIONS

Administrateur

Membre du conseil d'administration élu ou nommé.

Code

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Conflit d'intérêts

Toute situation réelle, apparente ou potentielle qui est objectivement de nature à compromettre l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice d'une fonction ou à l'occasion de laquelle une personne utilise ou cherche à utiliser les attributs de sa fonction pour en retirer un avantage indu ou pour procurer un tel avantage indu à une tierce personne.

Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un administrateur est en conflit d'intérêts lorsqu'il :

- a) a un intérêt personnel et distinct, directement ou indirectement, dans :
 - une délibération du conseil d'administration;
 - une entreprise ou un organisme qui transige ou qui est sur le point de transiger avec l'organisation;
 - un projet de contrat ou un contrat conclu avec l'organisation;
- b) a une réclamation litigieuse contre l'organisation;
- c) occupe une fonction de direction ou d'administrateur au sein d'une entreprise ou d'un organisme dont les intérêts entrent en concurrence avec ceux de l'organisation.

Conflit d'intérêts réel

Situation dans laquelle une personne s'expose à privilégier son intérêt particulier ou celui de ses alliés (liens de parenté, d'amitié ou d'affaires) au détriment d'un autre intérêt qu'elle a pour fonction ou pour mandat de préserver.

Conflit d'intérêts apparent

Situation donnée qui pourrait être raisonnablement interprétée par le public comme porteuse d'un conflit réel. Un conflit apparent peut exister, qu'on se trouve ou non en présence d'un conflit réel.

Conflit d'intérêts potentiel

Situation susceptible de survenir, situation existant virtuellement.

Institut

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

6. MODALITÉS

6.1 Devoirs et obligations

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur doit :

- S'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet le formulaire **Engagement personnel**.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et aux services sociaux.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Agir avec respect, de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- Agir avec modération dans ses propos, éviter de porter atteinte à la réputation d'autrui et traiter les autres administrateurs avec respect.
- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin, intégrité, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et dans l'intérêt de l'Institut.
- Faire preuve d'objectivité, de rigueur et d'indépendance.
- Avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de ses décisions.
- Agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'organisation, en utilisant un langage, des attitudes et des comportements appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'il représente.
- Préserver la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et qui ne sont pas destinés à être communiqués au public.
- Faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques.

6.2 Règles relatives aux assemblées

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur doit :

- Respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- Respecter les droits et les privilèges des autres administrateurs.
- Préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions tenus à huis clos.
- Respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.
- Dans le cadre d'une assemblée, éviter d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- Éviter de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Institut et de toutes les personnes qui y œuvrent.

6.3 Conflits d'intérêts

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur doit :

- S'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- Éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.
- Dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- Donner priorité aux intérêts de l'Institut lorsqu'il participe à toute intervention, échange, délibération ou décision susceptible de mettre en jeu son intérêt personnel.
- Dénoncer par écrit son intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration, sous peine de déchéance de sa charge, et s'abstenir de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

- Déclarer les intérêts qu'il a à sa connaissance dans une entreprise ou un organisme faisant affaires avec l'organisation et divulguer, le cas échéant, toute situation réelle, potentielle ou apparente de conflit d'intérêts pouvant le concerner.
- Remplir une déclaration intitulée **Déclaration relative aux conflits d'intérêts chez les membres du conseil d'administration** dans les 30 jours suivant sa nomination. Cette déclaration doit être révisée et mise à jour annuellement ainsi qu'à chaque fois qu'une nouvelle situation rend inexacte sa dernière déclaration.

6.4 Interdictions de pratiques reliées à la rémunération

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur :

- Ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- Ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- Est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.
- Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ni avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

6.5 Devoirs et obligations de l'après-mandat

Après l'expiration de son mandat, l'administrateur doit :

- Continuer de témoigner du respect envers l'Institut et son conseil d'administration.
- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange ou discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.
- Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantage indu de sa charge antérieure, que ce soit en utilisant l'information confidentielle ou l'influence acquises à l'occasion de l'exercice de cette fonction.
- Dans l'année qui suit la fin de sa charge, un membre du conseil d'administration détenant de l'information confidentielle ou privilégiée concernant une procédure, une négociation ou une autre opération impliquant l'Institut comme partie, ne peut donner de conseils ni agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à ces questions ni traiter de ce sujet avec les personnes qui y sont impliquées sans y être autorisé par l'établissement.

6.6 Procédure d'application et sanctions

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit, par écrit, le comité de la gouvernance et de l'éthique. Cet écrit doit contenir les faits sur lesquels la plainte est déposée et faire référence aux dispositions de la loi ou du présent code d'éthique et de déontologie auxquelles l'administrateur aurait contrevenu.
- Après analyse, le comité de la gouvernance et de l'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. Le comité de la gouvernance et de l'éthique informe également l'administrateur sous enquête en lui faisant parvenir une copie de la plainte assermentée, du rapport d'analyse consigné par écrit ainsi que le nom des personnes chargées de faire enquête relativement à la plainte.

- L'administrateur est informé qu'une enquête est tenue à son sujet et il ne doit pas communiquer avec la personne qui a porté plainte.
- Les personnes désignées pour faire enquête doivent adresser au terme de celle-ci un rapport écrit au comité de la gouvernance et de l'éthique.
- Le comité de la gouvernance et de l'éthique notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours, fournir par écrit ses observations et sur demande, être entendu par le comité de la gouvernance et de l'éthique relativement aux manquements reprochés. L'administrateur pourra être accompagné de la personne de son choix lorsqu'il sera entendu par le comité.
- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité de la gouvernance et de l'éthique recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation. Avant de statuer sur la possibilité d'imposer une sanction, le conseil d'administration doit permettre à l'administrateur concerné d'être entendu. Lors de cette rencontre, il pourra être accompagné de la personne de son choix.
- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.
- Les délibérations du comité de la gouvernance et de l'éthique et du conseil d'administration relatives à l'application du code d'éthique et de déontologie sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seuls l'existence et la nature de la sanction imposée ainsi que le nom de l'administrateur visé pourront être rendus publics.

6.7 Publication du code

- L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.
- Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
 - du nombre et de la nature des signalements reçus,
 - du nombre de cas traités et de leur suivi,
 - de la décision des instances disciplinaires ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
 - du nom des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuës de charge.

7. RESPONSABILITÉS

Le comité de la gouvernance et de l'éthique est responsable de l'application du présent code.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE

ÉTATS FINANCIERS
RÉCAPITULATIFS

**Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec**

États financiers récapitulatifs
Au 31 mars 2012

Accompagnés du rapport de l'auditeur indépendant

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS RÉCAPITULATIFS

Aux membres du conseil d'administration de
l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec,

Les états financiers récapitulatifs ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisations au 31 mars 2012, ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés et de la variation de la dette nette pour ces mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date sont tirés des états financiers audités de **l'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC** (l'Établissement) pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 19 juin 2012. Ni ces états financiers ni les états financiers récapitulatifs ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers récapitulatifs ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers récapitulatifs ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers récapitulatifs

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers récapitulatifs, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers récapitulatifs tirés des états financiers audités de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 19 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que l'Établissement, comme exigé par le ministère, a dérogé aux normes comptables canadiennes pour le secteur public pour les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire. Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences du problème décrit, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.



Mallette
SENCRL

Québec, Canada
Le 19 juin 2012

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A103650

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec**ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION**

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2012**2011***ACTIVITÉS PRINCIPALES*

REVENUS

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	201 628 834 \$	185 544 609 \$
Contributions des usagers	7 177 852	6 900 073
Autres revenus (annexe A)	4 494 997	3 109 819
Ventes de services (annexe B)	2 149 597	2 903 836
	215 451 280	198 458 337

CHARGES

Centres d'activités principales		
Salaires, traitements et avantages sociaux (annexe C)	123 023 047	114 866 187
Autres charges (annexe C)	88 993 872	82 799 066
Autres charges non réparties (annexe D)	3 037 121	1 901 009
	215 054 040	199 566 262
Moins : transferts aux activités accessoires	130 675	123 442
	214 923 365	199 442 820

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS PRINCIPALES	527 915 \$	(984 483) \$
--	-------------------	--------------

ACTIVITÉS ACCESSOIRES (annexe E)

REVENUS	36 731 233 \$	32 963 279 \$
CHARGES	36 728 904	32 933 708
SURPLUS DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	2 329 \$	29 571 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	530 244 \$	(954 912) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ÉTAT DES RÉSULTATS ET DES SURPLUS CUMULÉS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars	2012	2011
REVENUS		
Contributions - Agence et MSSS	10 422 444 \$	7 552 777 \$
Contributions - autres	-	1 795 811
Amortissement des revenus reportés	379 686	120 823
Dons	-	1 143 313
Projets autofinancés	10 173	423 450
Écart de financement des immobilisations - réforme comptable	7 942 111	2 020 627
Autres	258 776	661 976
	19 013 190	13 718 777
CHARGES		
Frais d'intérêts	4 228 117	3 308 565
Amortissement des immobilisations	11 204 454	10 401 647
Amortissement des frais d'émission et d'escompte sur obligations	42 100	8 565
Réduction de valeur des immobilisations	3 736 501	-
	19 211 172	13 718 777
DÉFICIT DE L'EXERCICE	(197 982)	-
SURPLUS CUMULÉS , début de l'exercice	1 888 221	1 888 221
SURPLUS CUMULÉS , fin de l'exercice	1 690 239 \$	1 888 221 \$

ÉTAT DES DÉFICITS CUMULÉS DU FONDS D'EXPLOITATION

Pour l'exercice terminé le 31 mars	2012	2011
DÉFICITS CUMULÉS , début de l'exercice	(3 683 331) \$	(16 014 421) \$
Redressement des déficits cumulés (note 3)	847 367	-
DÉFICITS CUMULÉS REDRESSÉS , début de l'exercice	(2 835 964)	(16 014 421)
Surplus (déficit) de l'exercice	530 244	(954 912)
Prise en charge par le MSSS du déficit d'exploitation cumulé au 1er avril 2008	-	13 286 002
	530 244	12 331 090
DÉFICITS CUMULÉS , fin de l'exercice	(2 305 720) \$	(3 683 331) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec**ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS D'EXPLOITATION**

Au 31 mars

2012

2011

ACTIFS FINANCIERS

Encaisse	21 002 772 \$	14 876 816 \$
Placement temporaire, 1,35 %	10 088 734	8 073 973
Créances (note 4)	35 775 126	32 407 863
	66 866 632	55 358 652

PASSIFS

Dettes de fonctionnement (note 5)	36 111 300	31 855 870
Somme due au fonds d'immobilisations	6 504 515	3 211 318
Revenus reportés (note 6)	28 407 219	28 485 398
	71 023 034	63 552 586

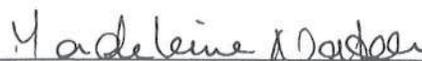
DETTE NETTE**(4 156 402) (8 193 934)****ACTIFS NON FINANCIERS**

Stocks de fournitures	1 285 893	3 934 834
Frais payés d'avance	564 789	575 769
	1 850 682	4 510 603

DÉFICITS CUMULÉS**(2 305 720) \$ (3 683 331) \$****ENGAGEMENTS (note 10)**

Pour le conseil d'administration :

 administrateur

 administrateur

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec**ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS D'IMMOBILISATIONS**

Au 31 mars

2012

2011

ACTIFS FINANCIERS

Créances - Agence et MSSS	951 377 \$	664 796 \$
Autres créances	226 013	421 986
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	6 504 515	3 211 318
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	471 377	455 890
	8 153 282	4 753 990

PASSIFS

Dettes de fonctionnement	1 346 537	2 201 034
Revenus reportés	12 459 838	5 779 085
Financement temporaire (note 8)	19 308 533	23 523 750
Intérêts courus à payer	951 377	664 796
Dettes à long terme (note 9)	96 080 814	88 090 386
Revenus reportés du MSSS - réforme comptable	24 924 240	32 866 351
	155 071 339	153 125 402

DETTE NETTE**(146 918 057) (148 371 412)****ACTIFS NON FINANCIERS**

Immobilisations (note 7)	148 608 296	150 259 633
--------------------------	-------------	-------------

SURPLUS CUMULÉS**1 690 239 \$ 1 888 221 \$****ENGAGEMENTS (note 10)**

Pour le conseil d'administration :

 administrateur

 administrateur

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ÉTATS DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Au 31 mars

2012

2011

FONDS D'EXPLOITATION

DETTE NETTE, début de l'exercice	(8 193 934) \$	(20 512 648) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	530 244	(954 912)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Stocks de fournitures	2 648 941	(107 156)
Frais payés d'avance	10 980	94 780
REDRESSEMENT DES DÉFICITS CUMULÉS RELATIVEMENT AUX STOCKS DE FOURNITURES (note 3)	847 367	-
PRISE EN CHARGE PAR LE MSSS DU DÉFICIT D'EXPLOITATION CUMULÉ AU 1ER AVRIL 2008	-	13 286 002
VARIATION DE L'EXERCICE	4 037 532	12 318 714
DETTE NETTE, fin de l'exercice	(4 156 402) \$	(8 193 934) \$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

DETTE NETTE, début de l'exercice	(148 371 412) \$	(138 367 762) \$
DÉFICIT DE L'EXERCICE	(197 982)	-
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(13 289 618)	(20 405 297)
Amortissement de l'exercice	11 204 454	10 401 647
Réduction de valeur des immobilisations	3 736 501	-
VARIATION DE L'EXERCICE	1 453 355	(10 003 650)
DETTE NETTE, fin de l'exercice	(146 918 057) \$	(148 371 412) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

1. STATUTS CONSTITUTIFS

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est constitué sous l'autorité des articles 315 et 317 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

2. MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLES

Modèle de présentation

Pour 2011-2012, l'Établissement a adopté le modèle de présentation des états financiers applicable aux gouvernements et aux autres organismes publics, délaissant ainsi progressivement le modèle basé sur la comptabilité par fonds des organismes sans but lucratif. Les modifications nécessaires sont appliquées progressivement jusqu'à la fin de la période transitoire établie par l'ICCA pour se conformer aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sans les chapitres applicables aux OSBL, soit jusqu'au 31 mars 2013. Par conséquent, les données financières relatives au fonds affecté ont été intégrées au fonds d'exploitation. Le nouveau modèle de présentation introduit l'état de la variation de la dette nette et remplace l'état du solde de fonds par l'état des surplus (déficits) cumulés.

L'adoption de ce nouveau modèle de présentation n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation aux états financiers, notamment les immobilisations, les stocks de fournitures et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation « Actifs non financiers » à l'état de la situation financière.

Modifications comptables

Dans les exercices passés, les données comparatives incluses aux états financiers n'étaient pas retraitées pour considérer l'impact des modifications comptables autres que les révisions d'estimations comptables adoptées au cours de l'exercice. Dorénavant, les exercices antérieurs sont redressés lorsque l'information nécessaire pour ce faire peut être établie au prix d'un effort raisonnable.

Revenus reportés sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

Les revenus reportés - réforme comptable font l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement aux revenus reportés pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (de diminuer) les postes suivants :

	2012
Revenus reportés du MSSS - réforme comptable	(7 942 111) \$
Revenus - écart de financement des immobilisations - réforme comptable	7 942 111 \$
Déficit de l'exercice du fonds d'immobilisations	(7 942 111) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

2. MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors-cadres du réseau de la santé et des services sociaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2011-2012, les passifs reliés aux obligations relatives à l'allocation d'attraction et de rétention à verser à certains hors-cadres qui la remplace sont comptabilisés.

Cette modification comptable a été appliquée prospectivement étant donné que l'impact sur les exercices antérieurs est considéré comme étant négligeable. Elle a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	<u>2012</u>
Créances - financement supplémentaire	141 330 \$
Dettes de fonctionnement - salaires et déductions à la source	141 330 \$

3. REDRESSEMENT DES DÉFICITS CUMULÉS DU DÉBUT DE L'EXERCICE

Les déficits cumulés du début d'exercice ont été crédités d'une somme de 847 367 \$ afin de refléter la valeur des stocks du magasin au 31 mars 2011 en fonction de la prise d'inventaire réalisée au lieu de considérer uniquement certaines familles de produits spécifiques.

La valeur des stocks au 31 mars 2012 correspond à l'inventaire au magasin à cette date et les résultats tiennent compte de l'utilisation en cours d'exercice.

4. CRÉANCES

	<u>2012</u>	<u>2011</u>
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS		
Financement supplémentaire	4 998 995 \$	1 077 260 \$
Subvention à recevoir du MSSS - réforme comptable	12 449 517	12 449 517
Prise en charge du déficit d'exploitation cumulé au 1er avril 2008	11 332 948	11 332 948
	<u>28 781 460 \$</u>	<u>24 859 725 \$</u>

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

4. CRÉANCES (suite)

	2012	2011
Autres créances		
Congés différés	215 162 \$	198 475 \$
Bénéficiaires et autres établissements	1 800 712	2 084 140
Réclamations de taxes à la consommation	1 393 934	1 376 821
Fondation IUCPQ	255 931	274 301
Avances aux employés	557 259	644 345
Autres	2 780 238	2 998 904
	7 003 236	7 576 986
Provision pour non-recouvrement	(9 570)	(28 848)
	35 775 126 \$	32 407 863 \$

5. DETTES DE FONCTIONNEMENT

	2012	2011
Fournisseurs	10 035 835 \$	8 378 243 \$
Salaires et déductions à la source	10 861 803	9 548 946
Provision pour avantages sociaux	14 780 882	13 558 954
Fondation IUCPQ	432 780	369 727
	36 111 300 \$	31 855 870 \$

6. REVENUS REPORTÉS

	2012	2011
Activités principales		
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	1 206 731 \$	604 812 \$
Autres	159 893	-
Activités accessoires		
Recherche	21 086 357	22 117 674
Autres	5 954 238	5 762 912
	28 407 219 \$	28 485 398 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

7. IMMOBILISATIONS

	2012		
	Coût	Amortis- sement cumulé	Valeur nette
Terrains	1 888 221 \$	- \$	1 888 221 \$
Aménagement des terrains	1 168 586	779 033	389 553
Bâtiments	132 347 471	32 202 581	100 144 890
Développement informatique	242 193	92 504	149 689
Mobilier et équipement médical	109 604 200	66 836 689	42 767 511
Mobilier et équipement administratif	17 611 530	15 653 919	1 957 611
Autre mobilier et équipement	4 107 282	3 162 455	944 827
Réseau de télécommunication	563 068	197 074	365 994
	267 532 551 \$	118 924 255 \$	148 608 296 \$

	2011		
	Coût	Amortis- sement cumulé	Valeur nette
Terrains	1 888 221 \$	- \$	1 888 221 \$
Aménagement des terrains	1 099 856	759 665	340 191
Bâtiments	138 538 677	37 702 423	100 836 254
Développement informatique	235 495	44 735	190 760
Mobilier et équipement médical	104 247 624	60 298 919	43 948 705
Mobilier et équipement administratif	16 477 437	14 889 001	1 588 436
Autre mobilier et équipement	4 072 014	3 027 249	1 044 765
Réseau de télécommunication	563 068	140 767	422 301
	267 122 392 \$	116 862 759 \$	150 259 633 \$

Au cours de l'exercice, l'Établissement a acquis des immobilisations pour un montant de 13 289 618 \$ (2011 - 20 405 297 \$).

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

8. FINANCEMENT TEMPORAIRE

	2012	2011
Emprunt bancaire	150 000 \$	-
Enveloppes décentralisées - Agence	3 568 282	10 057 115
Enveloppes décentralisées - SIQ	-	822 001
Enveloppes décentralisées - Financement Québec	5 563 677	2 985 356
Projets en cours - SIQ	10 026 574	9 659 278
	19 308 533 \$	23 523 750 \$

Ces emprunts sont garantis, capital et intérêts, par le gouvernement du Québec.

9. DETTE À LONG TERME

	2012	2011
Obligation série 2A, 5,15 %, échéant le 4 septembre 2013	5 523 000 \$	5 523 000 \$
Billets à terme, portant intérêt à des taux variant de 2,243 % à 5,492 %, échéant d'octobre 2012 à décembre 2035	92 325 174	84 113 826
	97 848 174	89 636 826
Fonds d'amortissement du gouvernement du Québec	(1 767 360)	(1 546 440)
	96 080 814 \$	88 090 386 \$

Ces emprunts sont garantis, capital et intérêts, par le gouvernement du Québec et sont payables à même les deniers qui sont votés annuellement à cette fin par l'Assemblée nationale.

10. ENGAGEMENTS

Les engagements de l'Établissement comprennent ce qui suit :

- 3 138 886 \$ pour des contrats d'acquisition d'immobilisations;
- 68 023 \$ pour des contrats de location;
- 3 722 127 \$ pour des contrats pour l'approvisionnement de biens et services;
- 4 444 823 \$ pour des ententes à long terme.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2012

11. OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION

Au cours de l'exercice, la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec a versé des dons de 1 720 515 \$ (2011 - 1 143 313 \$) au fonds d'immobilisations et de 1 034 070 \$ (2011 - 1 088 391 \$) au fonds d'exploitation pour des bourses et des activités de recherche.

En vertu d'une convention de bail, l'Établissement a donné en location ses aires de stationnement à la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et celle-ci, en vertu d'une convention, en a confié la gestion à l'Établissement.

12. CHIFFRES CORRESPONDANTS

Certains chiffres correspondants ont été reclassés pour se conformer à la présentation de l'exercice courant.

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2012

2011

A - AUTRES REVENUS

Recouvrements	1 352 811 \$	1 383 261 \$
Escompte sur achats	184 914	194 477
Stages d'enseignement clinique	229 929	177 558
Revenus de placements	49 497	-
Contributions au titre des coûts indirects de la recherche	1 280 702	1 205 335
Contribution de la Fondation IUCPQ relative à l'opération du stationnement	1 052 250	-
Divers	344 894	149 188
	4 494 997 \$	3 109 819 \$

B - VENTES DE SERVICES

Services diagnostiques et thérapeutiques		
Laboratoires	226 749 \$	502 120 \$
Physiologie respiratoire	171 746	292 626
Électrophysiologie	3 637	316 924
Autres	15 125	69 638
Formation et services techniques		
Services alimentaires	1 732 340	1 722 528
	2 149 597 \$	2 903 836 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec**ANNEXES**

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2012

2011

	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total
C - CHARGES DES CENTRES D'ACTIVITÉS PRINCIPALES						
Administration des soins	2 212 420 \$	72 965 \$	2 285 385 \$	1 888 097 \$	84 369 \$	1 972 466 \$
Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants	43 563 455	3 228 758	46 792 213	39 330 705	3 270 325	42 601 030
Soins infirmiers de la chirurgie d'un jour	109 998	-	109 998	108 140	-	108 140
Soins infirmiers à domicile	1 493 730	298 888	1 792 618	1 542 284	334 928	1 877 212
Urgence	5 398 638	497 799	5 896 437	4 636 153	495 727	5 131 880
Bloc opératoire	6 657 905	15 535 971	22 193 876	6 487 558	15 382 509	21 870 067
Consultations externes	759 547	24 453	784 000	752 080	82 315	834 395
Services externes en psychiatrie	46 236	400	46 636	45 080	2 447	47 527
Centrale de stérilisation et de distribution	590 412	256 378	846 790	558 603	275 868	834 471
Inhalothérapie	2 554 486	652 273	3 206 759	2 373 580	394 620	2 768 200
Services dentaires curatifs	31 045	14 016	45 061	23 043	11 829	34 872
Santé publique	577 665	32 844	610 509	601 756	8 627	610 383
Laboratoires	4 654 865	3 749 856	8 404 721	4 764 500	3 600 130	8 364 630
Physiologie respiratoire	1 517 251	190 166	1 707 417	1 442 269	195 816	1 638 085
Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	5 087	4 236 432	4 241 519	6 978	4 313 214	4 320 192
Électrophysiologie	2 715 960	179 890	2 895 850	2 594 983	177 801	2 772 784
Services psychosociaux	1 516 939	8 104	1 525 043	1 564 328	26 879	1 591 207
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	3 775 896	28 060 420	31 836 316	3 445 411	27 680 738	31 126 149
Endoscopie	1 015 309	686 445	1 701 754	965 439	765 484	1 730 923
Médecine nucléaire et TEP	932 416	1 352 239	2 284 655	863 995	975 927	1 839 922
Dialyse rénale	354 642	92 021	446 663	321 390	86 647	408 037
Pharmacie	3 740 397	7 742 688	11 483 085	3 274 748	8 026 162	11 300 910
Imagerie médicale	3 284 061	1 923 849	5 207 910	3 123 291	1 644 879	4 768 170
Radio-oncologie	-	-	-	-	90 997	90 997
Audiologie et orthophonie	14 403	1 286	15 689	9 953	5 404	15 357
Physiothérapie	1 306 654	32 731	1 339 385	1 301 916	26 197	1 328 113
Ergothérapie	597 437	9 270	606 707	630 430	14 421	644 851
Hémato-oncologie	830 701	73 294	903 995	882 683	68 072	950 755
Médecine de jour	5 187 671	380 411	5 568 082	5 124 924	395 652	5 520 576
Gestion et soutien aux programmes	1 589 890	136 565	1 726 455	1 401 531	141 649	1 543 180
Enseignement	904 847	112 689	1 017 536	898 300	126 738	1 025 038
Administration générale	6 596 703	1 896 588	8 493 291	6 739 477	1 676 563	8 416 040
Administration des services techniques	458 976	8 711	467 687	342 740	17 416	360 156
Informatique	1 529 097	1 362 417	2 891 514	1 538 829	733 876	2 272 705
Déplacement des bénéficiaires	-	1 022 263	1 022 263	-	1 049 077	1 049 077
Réception, archives et télécommunications	3 729 356	769 343	4 498 699	3 439 730	705 139	4 144 869
À reporter	110 254 095 \$	74 642 423 \$	184 896 518 \$	103 024 924 \$	72 888 442 \$	175 913 366 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2012

2011

	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total	Salaires, traitements et avantages sociaux	Autres charges	Total
C - CHARGES DES CENTRES D'ACTIVITÉS PRINCIPALES (suite)						
Reporté	110 254 095 \$	74 642 423 \$	184 896 518 \$	103 024 924 \$	72 888 442 \$	175 913 366 \$
Nutrition - clinique et alimentation	4 183 112	1 900 730	6 083 842	4 017 856	1 855 423	5 873 279
Buanderie et lingerie	308 124	1 423 144	1 731 268	238 018	1 397 105	1 635 123
Entretien ménager	4 037 396	406 445	4 443 841	3 509 458	422 958	3 932 416
Gestion des déchets biomédicaux	48 200	116 964	165 164	44 839	126 064	170 903
Fonctionnement des installations	329 937	2 463 422	2 793 359	323 398	2 402 959	2 726 357
Sécurité	478 576	32 208	510 784	505 963	17 005	522 968
Entretien et réparations des installations	2 740 337	3 542 573	6 282 910	2 623 621	3 661 960	6 285 581
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	93 113	2	93 115	35 859	-	35 859
Personnel en prêt de service	452 284	-	452 284	523 930	-	523 930
Lutte à la pandémie influenza	93	4 407 178	4 407 271	-	5 912	5 912
Activités spéciales	97 780	58 783	156 563	18 321	21 238	39 559
	123 023 047 \$	88 993 872 \$	212 016 919 \$	114 866 187 \$	82 799 066 \$	197 665 253 \$

2012

2011

D - AUTRES CHARGES NON RÉPARTIES

Mesures administratives particulières	224 006 \$	1 364 202 \$
Rétroactivité salariale et maintien de l'équité salariale des cadres et des pharmaciens	2 091 410	-
Aide à la ventilothérapie	654 241	503 724
Autres	67 464	33 083
	3 037 121 \$	1 901 009 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec**ANNEXES**

Pour l'exercice terminé le 31 mars

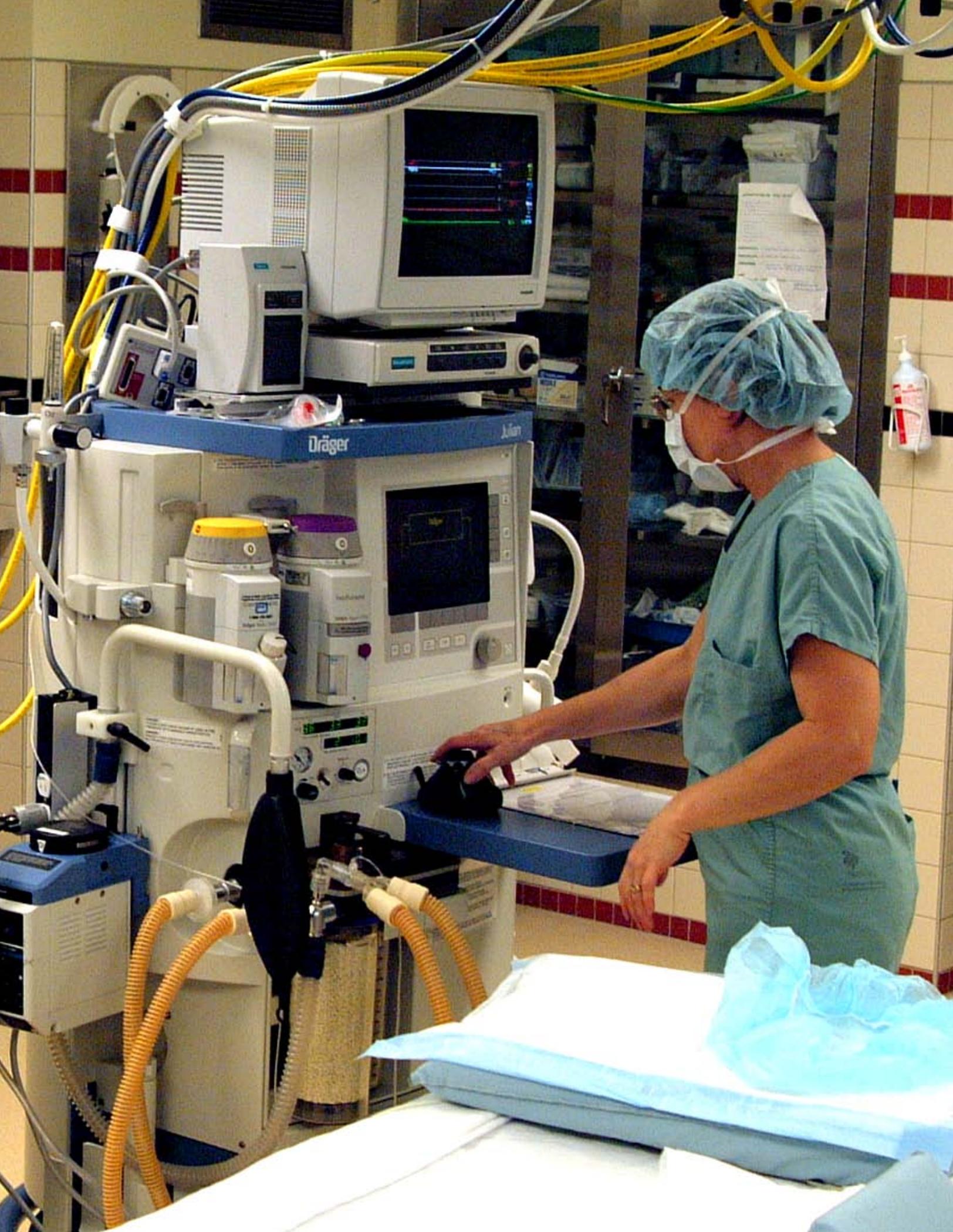
2012

2011

	Revenus	Charges	Excédent des revenus (charges)	Revenus	Charges	Excédent des revenus
E - ACTIVITÉS ACCESSOIRES - REVENUS ET CHARGES						
<i>ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES</i>						
Recherche	23 734 585 \$	23 734 585 \$	- \$	21 321 952 \$	21 321 952 \$	- \$
Enseignement médical	534 590	567 386	(32 796)	566 035	559 357	6 678
Résidents en médecine	8 988 692	8 988 692	-	7 591 364	7 591 364	-
Pavillon de prévention des maladies cardiaques	970 487	970 487	-	827 048	827 048	-
	34 228 354	34 261 150	(32 796)	30 306 399	30 299 721	6 678
<i>ACTIVITÉS COMMERCIALES</i>						
Parc de stationnement	1 349 662	1 314 537	35 125	1 274 069	1 260 104	13 965
Magasin général	1 815	1 815	-	7 063	7 063	-
Autres activités commerciales	1 151 402	1 151 402	-	1 366 820	1 366 820	-
	2 502 879	2 467 754	35 125	2 647 952	2 633 987	13 965
Revenus non répartis - ajustement de la subvention pour avantages sociaux	-	-	-	8 928	-	8 928
	36 731 233 \$	36 728 904 \$	2 329 \$	32 963 279 \$	32 933 708 \$	29 571 \$

RÉFÉRENCES

- ¹ Fondation des maladies du cœur du Québec www.fmcoeur.qc.ca
- ² Statistique Canada : CANSIM Tableau 102-0529: Mortalité, par cause, Chapitre IX: Maladie de l'appareil circulatoire (I00 à I99), Groupe d'âge et sexe, Canada, annuel (numéro), 2004 à 2008. Publié le 26 septembre 2011;
- ³ Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Publié en juin 2009;
- ⁴ Ross H, Howlett J, Arnold JMO, Liu P, O'Neill BJ, Brophy JM et al. Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Canadian Journal of Cardiology* 2006;22(9):749-54;
- ⁵ Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports* 20(1):1-10;
- ⁶ Corrao JM et al. Coronary heart disease risk factors in women. *Cardiology* 1990;77:8-12;
- ⁷ Association pulmonaire du Québec www.pq.poumon.ca
- ⁸ Association médicale canadienne. L'air qu'on respire : le coût national des maladies attribuables à la pollution atmosphérique. Sommaire du rapport, août 2008;
- ⁹ Institut national de santé publique du Québec;
Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescopie/element.asp?NoEle=786>
- ¹⁰ Institut national de santé publique du Québec;
Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescopie/element.asp?NoEle=787>
- ¹¹ « *BMJ* » 2010 ; 340 : b5569;
- ¹² Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Ottawa, 2010;
- ¹³ Aberg A et al. *Br Heart J* 1983; 49:416-22, Mohiuddin, S. M. et al. *Chest* 2007; 131:446-452;
- ¹⁴ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le coût de l'abus de substances au Canada. Ottawa, 2002;
- ¹⁵ Tjepkema M, Shields M. Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – L'embonpoint chez les enfants et les adolescents du Canada. Statistique Canada 2005;
- ¹⁶ Institut national de santé publique du Québec;
Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescopie/element.asp?NoEle=52>
- ¹⁷ Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada - Aperçu. Ottawa, 2009;
- ¹⁸ Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada 1985-2000. *Canadian Journal of Public Health* 2004;95(1):16-20;
- ¹⁹ Canadian Diabetes Association. *Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. *Canadian Journal of Diabetes* 2008;32(Supplement 1):S1-S4;
- ²⁰ Laakso M et al. Does NIDDM increase the risk for coronary heart disease similarly in both low and high risk population? *Diabetologia* 1995;39:487-93;
- ²¹ Statistique Canada. Rapports sur la santé. Vol. 18, No.3, Août 2007;
- ²² Fondation des maladies du cœur du Canada. Vivre avec le cholestérol. 2006



STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2011-2012	2010-2011	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	324	340	-4,71 %
Nombre de lits - dressés	308	299	3,01 %
Admissions	14 641	14 574	0,46 %
Départs	14 660	14 575	0,58 %
Séjours moyens (jours)	6,8	6,7	1,35 %
Occupation des lits disponibles (en %)	89,0	92,6	-3,94 %
Total jours-présence	99 080	97 554	1,56 %
- courte durée	95 258	92 472	3,01 %
- longue durée	3 822	5 082	-24,79 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	3 637	3 687	-1,36 %
- chirurgie cardiaque	2 210	2 142	3,17 %
- chirurgie thoracique	701	655	7,02 %
- chirurgie générale	117	156	-25,00 %
- chirurgie bariatrique (obésité)	552	566	-2,47 %
- autres spécialités	57	168	-66,07 %
Heures présence des usagers	13 973	14 000	-0,19 %
Total usagers	3 637	3 687	-1,36 %
- hospitalisés	3 524	3 530	-0,17 %
- en chirurgie d'un jour	113	157	-28,03 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures*	9 675	9 598	0,80 %
- coronarographies	3 881	3 851	0,78 %
- angioplasties	3 213	3 263	-1,53 %
- études électrophysiologiques	179	224	-20,09 %
- ablations	982	819	19,90 %
- cardiostimulateurs & défibrillateurs	1 119	1 122	-0,27 %
- autres procédures	301	319	-5,64 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 130	1 130	0,00 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	15	19	-21,05 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	100 299	101 568	-1,25 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 739 047	2 926 715	-6,41 %
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
Procédures	2 480 842	2 401 918	3,29 %

* Conformément à la circulaire ministérielle, le calcul du nombre de procédures a été modifié.

	2011-2012	2010-2011	VARIATION
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	17 372	16 854	3,07 %
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1 623	1 649	-1,58 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	47 823	49 060	-2,52 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	748	871	-14,12 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	11 443	11 363	0,70 %
- endoscopie digestive	4 746	4 786	-0,84 %
- endoscopie respiratoire	6 697	6 577	1,82 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	1 092	1 095	-0,27 %
- hémofiltration	202	228	-11,40 %
- hémodyalise	890	867	2,65 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	5 916	6 306	-6,18 %
Traitements	2 731	3 126	-12,64 %
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	36 234	36 627	-1,07 %
Usagers	22 087	22 701	-2,70 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	17 975	18 528	-2,98 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	9 524	10 711	-11,08 %
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	124 918	136 120	-8,23 %
- électrophysiologie	107 030	119 569	-10,49 %
- échocardiographie	17 888	16 551	8,08 %
URGENCE			
Visites	25 838	25 055	3,13 %
Usagers sur civières	11 741	11 191	4,91 %
Usagers ayant séjournés plus de 24 heures	2 404	1 817	32,31 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	2 932	3 148	-6,86 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	11 713	10 752	8,94 %
SERVICE SOCIAL			
Usagers	4 389	3 304	32,84 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	4 516	4 337	4,13 %
ALIMENTATION			
Repas	723 927	729 488	-0,76 %



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

DIRECTION GÉNÉRALE
COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES

2725, CHEMIN SAINTE-FOY
QUÉBEC (QUÉBEC) G1V 4G5

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

