



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

ALEX HARVEY, FONDEUR
MÉDAILLÉ DE BRONZE AUX
CHAMPIONNATS DU MONDE
DE SKI NORDIQUE 2013, ITALIE

ASTHMATIQUE, SUIVI PAR L'ÉQUIPE
DU CENTRE D'ÉVALUATION
DES ATHLÈTES EN SANTÉ
CARDIORESPIRATOIRE
DE L'INSTITUT

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION 2012-2013



L'INSTITUT :
LE DÉFI DE
L'EXCELLENCE



LE CENTRE D'ÉVALUATION DES ATHLÈTES EN SANTÉ
CARDIORESPIRATOIRE DE L'INSTITUT ASSURE L'ÉVALUATION
ET LE SUIVI MÉDICAL DE PLUS DE 350 ATHLÈTES DE LA
RÉGION DE QUÉBEC ET DE CHAUDIÈRES-APPALACHES.
NOTRE CENTRE EST UNIQUE PAR :

- ➔ SES SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS EN PNEUMOLOGIE
ET EN CARDIOLOGIE DU SPORT;
- ➔ SON EXPERTISE UNIQUE DANS LA PRÉVENTION
ET LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES
CARDIORESPIRATOIRES CHEZ L'ATHLÈTE;
- ➔ SON ÉQUIPE DE RECHERCHE RECONNUE SUR
LA SCÈNE INTERNATIONALE POUR CES TRAVAUX
SUR LES PROBLÈMES RESPIRATOIRES DES ATHLÈTES.

RESPONSABLES : D^R LOUIS-PHILIPPE BOULET ET D^R PAUL POIRIER

COORDONNATRICE : JULIE TURMEL, PHD

ALEX HARVEY, FONDEUR
MÉDAILLÉ DE BRONZE AUX
CHAMPIONNATS DU MONDE DE SKI
NORDIQUE 2013, ITALIE

ASTHMATIQUE, SUIVI PAR L'ÉQUIPE
DU CENTRE D'ÉVALUATION
DES ATHLÈTES EN SANTÉ
CARDIORESPIRATOIRE DE L'INSTITUT

« Je remercie toute l'équipe du
Centre d'évaluation des athlètes
en santé cardiorespiratoire
de l'Institut pour les excellents
services médicaux, me
permettant d'atteindre les
plus hauts sommets »

— Alex Harvey



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

NOUS PROFITONS DE L'OCCASION POUR SOULIGNER LES EFFORTS CONSTANTS DE PLUSIEURS MÉDECINS ET MEMBRES DU PERSONNEL POUR LEUR IMPLICATION ACTIVE DANS L'ORGANISATION D'ÉVÉNEMENTS SCIENTIFIQUES D'ENVERGURE PROVINCIALE, NATIONALE ET INTERNATIONALE, DANS L'ENSEIGNEMENT, À TITRE DE CONFÉRENCIERS, RESPONSABLES DE COURS, MEMBRES DE COMITÉS D'ENSEIGNEMENT, DANS LA PUBLICATION D'ARTICLES SCIENTIFIQUES, DANS L'ADMINISTRATION DE LEUR ORDRE PROFESSIONNEL RESPECTIF À DIVERS AUTRES TITRES. TOUTES CES PERSONNES CONTRIBUENT À LA RENOMMÉE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC COMME ÉTANT UN LIEU DE HAUT SAVOIR, DE RÉFÉRENCE ET DE RECHERCHE DE L'EXCELLENCE.



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
L'INSTITUT : LE DÉFI DE L'EXCELLENCE!.....	6
SERVICES ET PROGRAMMES.....	8
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT.....	9
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION.....	12
BILAN DES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES.....	15
CARTE STRATÉGIQUE.....	18
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	19
ENJEU UN L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS.....	19
ENJEU DEUX LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER.....	23
ENJEU TROIS LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX.....	25
ENJEU QUATRE LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES.....	30
ENJEU CINQ L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	32
ENJEU SIX LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ.....	36
ENJEU SEPT UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT.....	41
ENJEU HUIT L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ.....	46
ENJEU NEUF LA GESTION DE LA PERFORMANCE.....	48
ENJEU DIX LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	54
ENJEU ONZE LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.....	56
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	68
ÉTATS FINANCIERS.....	72
MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION IUCPQ.....	73
ORGANIGRAMME.....	78
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS.....	80
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE.....	82
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	86
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP).....	89
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	90
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII).....	92
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM).....	96
COMITÉ DES USAGERS (CU).....	99
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	102
COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES.....	103
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES.....	104
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	106
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES.....	109
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	111
ANNEXE ÉTATS FINANCIERS RÉCAPITULATIFS.....	113
TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	133
ANNEXE — AUTRES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	134
RÉFÉRENCES.....	143
STATISTIQUES ANNUELLES.....	144

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
CECIL : 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 multiclientèles
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
POFPI : 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
RREGOP : 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 solutés
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 2012-2013 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 2013.



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 18 juin 2013. 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 978-2-923250-35-9 (Version imprimée)

ISBN 978-2-923250-36-6 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2013

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^{me} Madeleine Nadeau, M. Serge Simard, M^{me} Audrey Pilote,
M. Jean Brown, M. Michel Delamarre, M. Jean-Guy Royer

Rangée arrière (de gauche à droite) :

M. Georges Smith, M. Ghalem Anani, M. Laurent Després,
M. Gilles Kirouac, M^{me} Anne Michaud, M^{me} Line Grisé,
M. Marius Plante, M. Bruno Piedboeuf, M^{me} Julie-Anne Boutin,
D^r Onil Gleeton

Absents lors de la photographie :

M^{me} Claudia Boulanger, M^{me} Marie-France La Haye,
M^{me} Chrystine Maltais, M. Jean Roy

COMITÉ DE DIRECTION



M. Michel Delamarre
Directeur général



M^{me} Johanne Lesieur
Directrice des
ressources humaines



M^{me} Mireille Ouellet
Directrice des services
multiclientèles par
intérim



M^{me} Isabel Roussin-Collin
Directrice des
programmes



M^{me} Danièle Dallaire
Directrice des soins
infirmiers par intérim



D^r Michel Piroux
Directeur des services
professionnels



M^{me} Maryse Bernier
Directrice de projets
– Dossier clinique
informatisé



M^{me} Annie Caron
Directrice des affaires
institutionnelles



M. Denis Potvin
Directeur des services
techniques



M^{me} Francine Dubé
Directrice des
ressources financières



D^r Denis Coulombe
Directeur de
l'enseignement
universitaire



M^{me} Louise Naud
Directrice des ressources
informationnelles et
technologiques



D^r Denis Richard
Directeur de la
recherche universitaire



M^{me} Michèle Clavet
Directrice associée –
administration,
Direction de la
recherche universitaire

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

Québec, 14 juin 2013

L'INSTITUT : LE DÉFI DE L'EXCELLENCE

L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC EST UN CENTRE HOSPITALIER DYNAMIQUE OÙ L'ON INNOVE CONSTAMMENT. POUR NOTRE CLIENTÈLE, NOUS SOMMES TOUJOURS EN QUÊTE D'AMÉLIORATION PERMANENTE DANS L'EXCELLENCE DES SOINS ET DANS NOS PRATIQUES INNOVANTES.



L'année 2012-2013 coïncide avec la fin de notre plan stratégique quinquennal 2018-2013. Nous réalisons, au terme de la période de ce plan, qu'il a été le phare qui a guidé toutes nos réalisations. La mobilisation de tous les intervenants qui œuvrent au sein de l'Institut nous a permis de progresser vers l'atteinte des objectifs fixés. Nous pouvons être fiers du travail accompli au cours des cinq dernières années.

Nos efforts d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que de la gouvernance de l'établissement ont été couronnés par l'obtention de la plus haute distinction décernée par Agrément Canada, soit un agrément avec « mention d'honneur ». C'est un taux de conformité de 96 % aux normes à priorité élevée et aux 33 pratiques organisationnelles requises qu'ont constaté les intervenants d'Agrément Canada. Ce résultat témoigne de la volonté et de l'engagement de tous les intervenants de l'établissement à s'améliorer constamment, et ce, au bénéfice de notre clientèle.

Toujours préoccupés par l'accessibilité des soins et des services, nous avons amélioré l'offre de service pour faire face à l'évolution des besoins de la population. Mentionnons particulièrement la mise en œuvre d'un plan de contingence pour augmenter le nombre de chirurgies cardiaques et la consolidation de l'équipe de l'urgence. À l'exception des interventions en chirurgie thoracique, le volume d'activité a progressé partout dans l'hôpital.

Alors que nous étions en situation de crise au niveau des effectifs médicaux à l'urgence au cours des deux dernières années, nous avons réussi à rétablir la situation. La mobilisation et les actions prises par les médecins de l'urgence, le chef du département et la direction ont permis non seulement de sortir de la crise, mais de combler la quasi-totalité du plan d'effectifs requis.

L'année a été marquée par l'arrivée du dossier clinique informatisé (Cristal-Net), la gestion des formulaires cliniques informatisés (GDF) et le Dossier santé Québec (DSQ). Arrivées en cours d'année, ces applications sont toujours en cours de déploiement auprès des intervenants. De plus, les actions visant la numérisation du dossier patient (DPE) se sont poursuivies et l'implantation est prévue à l'automne 2013.

Au niveau des activités de construction, les derniers préparatifs sont en cours pour débiter d'importants travaux d'agrandissement à l'urgence. Ces travaux, qui visent à augmenter la superficie de l'urgence de 40 %, débiteront dès le mois de mai. Nous avons également poursuivi nos efforts pour que soit inscrit au plan quinquennal des infrastructures (PQI) le projet d'agrandissement en façade de l'établissement afin de relocaliser nos salles en électrophysiologie et d'aménager une salle hybride en cardiologie d'intervention.

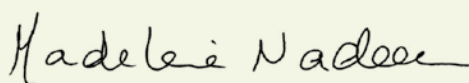
En terminant, soulignons l'excellent travail de nos chercheurs et de nos enseignants qui, dans le cadre de leur mission respective, contribuent à ce que l'Institut soit un chef de file de renommée

internationale, qui se distingue par son expertise et ses pratiques innovantes. Nous avons atteint un sommet de fréquentation des stagiaires dans notre établissement. Notre centre de recherche poursuit son ascension et deux phases d'agrandissement sont en cours de réalisation. Les travaux ont débuté pour la phase IIIc et ils débiteront en 2013-2014 pour la phase IV.

Finalement, nous vous invitons à lire l'ensemble de ce bilan d'activités afin d'y découvrir l'évolution de notre établissement, l'expertise et le dévouement de l'ensemble de son personnel, de ses médecins, de ses chercheurs, de sa direction et de son conseil d'administration. Ce bilan traduit l'essentiel de ce qui fait de l'Institut un centre hospitalier au service de l'humain depuis plus de 95 ans, et qui a toujours comme leitmotiv de relever le défi de l'excellence. Enfin, une visite régulière du site Internet permet de suivre l'actualité de notre institution au jour le jour.

C'est un honneur et un grand privilège pour nous de diriger l'Institut qui inspire autant confiance auprès de la population.

Bonne lecture.



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



M. Michel Delamarre
Directeur général

EN GUISE
D'INTRODUCTION



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 CESSER 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 sur un même site 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.



L'INSTITUT :
LE DÉFI DE
L'EXCELLENCE!

➔ 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.

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 LEURS BESOINS.

CARDIOLOGIE *

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

PNEUMOLOGIE *

- Chirurgie thoracique
- Endoscopie respiratoire diagnostique et interventionnelle
- Hypertension pulmonaire
- 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
- Clinique de plaies complexes
- Diabète
- Endoscopie digestive
- 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 ultraspécialisés et suprarégionaux

† Axes soins spécialisés et généraux



PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT



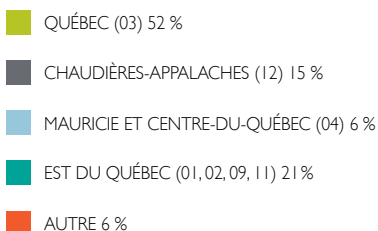
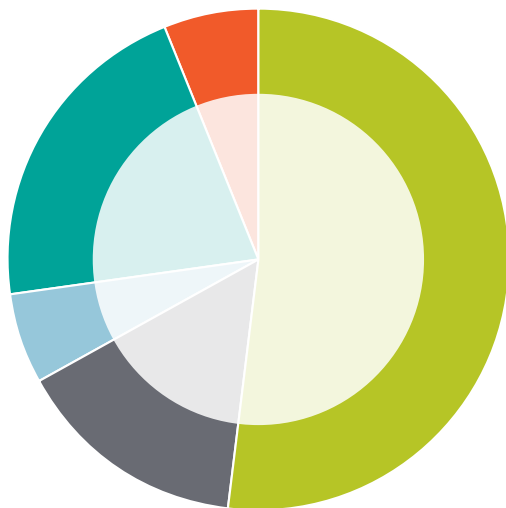
L'INSTITUT DESSERT PRINCIPALEMENT LA POPULATION DU CENTRE-DU-QUÉBEC ET DE L'EST DE LA PROVINCE, SOIT : CAPITALE-NATIONALE, CHAUDIÈRE-APPALACHES, MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC, BAS-SAINT-LAURENT, GASPÉSIE-ILES-DE-LA-MADELEINE, SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN ET CÔTE-NORD. DE PLUS, CERTAINES CLIENTÈLES DU NORD 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 2012-2013, 52 % DE LA CLIENTÈLE PROVIENT DE LA RÉGION IMMÉDIATE DE QUÉBEC ET 48 % EST HORS RÉGION.

Les hospitalisations ont connu une augmentation de 1,25 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 14 843* hospitalisations, pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,7 jours, par rapport à 14 660* en 2011-2012, 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 4 % pour les maladies reliées à l'obésité.

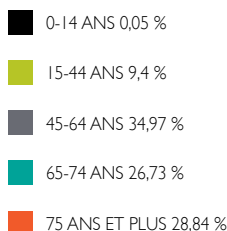
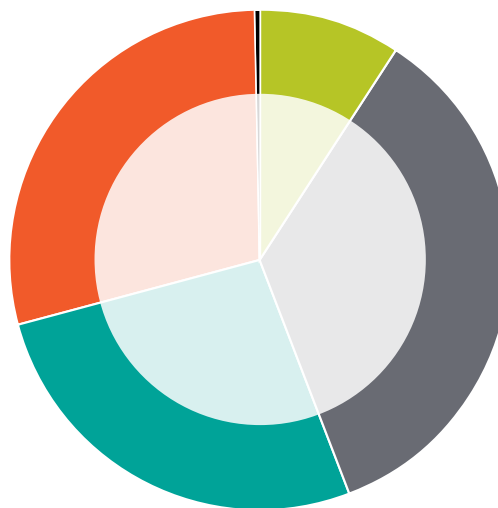
La moyenne d'âge globale des usagers hospitalisés est de 65,1 ans (65,5 ans féminin et 64,8 ans masculin). La répartition par groupe d'âge démontre également que la clientèle la plus

représentée est constituée de personnes âgées entre 45 et 64 ans, pour un taux de 34,97 %. Suit de près la tranche d'âge de 75 ans et plus, selon une proportion de 28,8 % de la clientèle totale hospitalisée. Les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels la médecine interne et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites et les jours-soins aux cliniques ambulatoires sont au nombre de 100 484 pour 33 336 usagers. Cela représente une augmentation de 11,7 % par rapport à 89 979 visites** pour 32 436 usagers en 2011-2012.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE

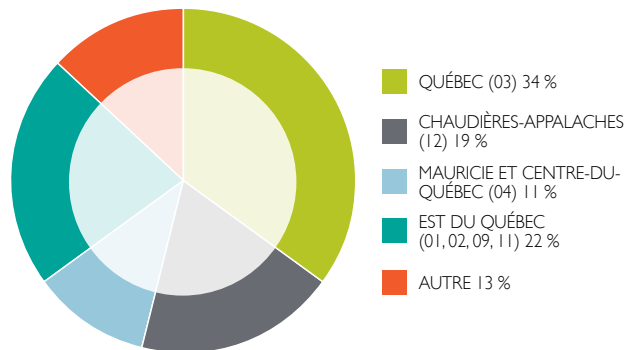


* Représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013.

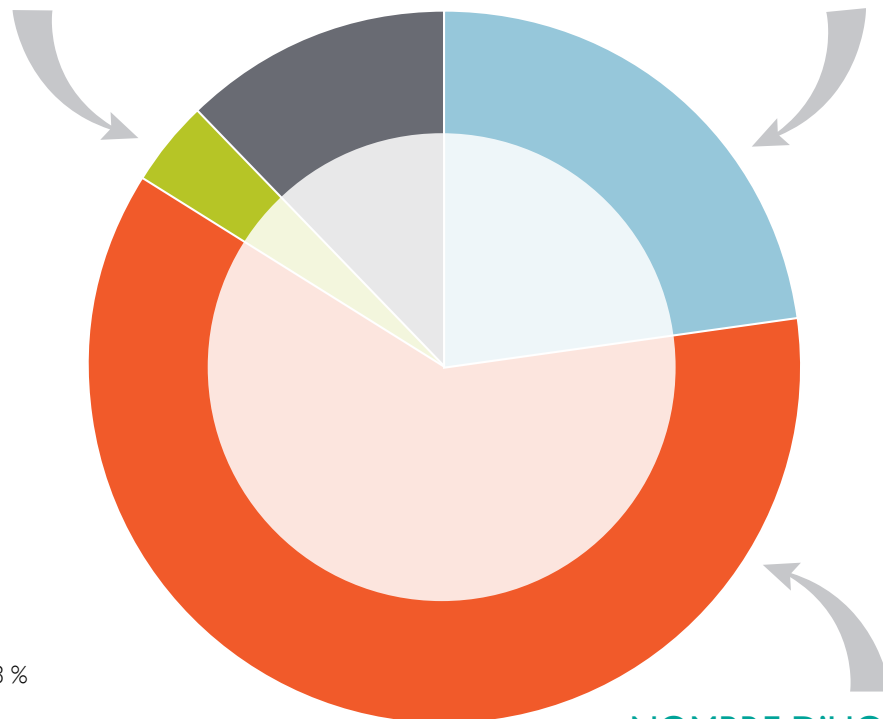
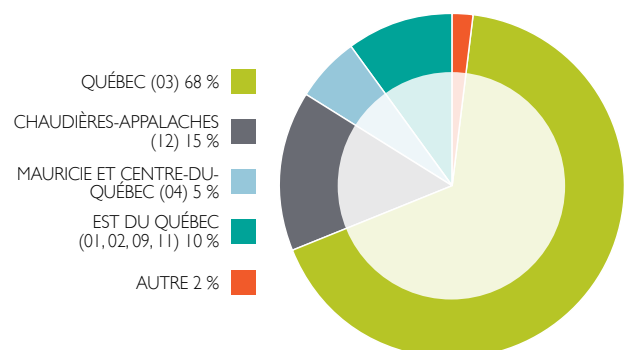
** Conformément aux normes ministérielles, le calcul a été modifié cette année. Nous avons soustrait les secteurs du PPMC et les services dentaires curatifs qui apparaissaient en 2011-2012.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN OBÉSITÉ

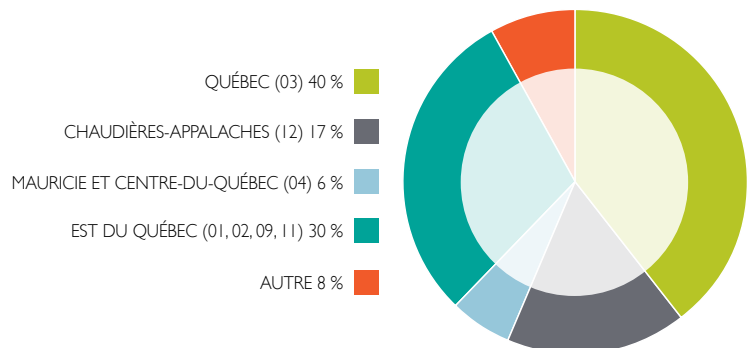


NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN PNEUMOLOGIE



- PNEUMOLOGIE 23 %
- CARDIOLOGIE 61 %
- OBÉSITÉ 4 %
- AUTRE 12 %

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS EN CARDIOLOGIE





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 AU 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

Le *Conference Board* du Canada estime que les maladies du cœur et les AVC coûtent annuellement 20,9 milliards de dollars à l'économie canadienne en services médicaux, en coûts hospitaliers, en perte de salaire et en perte de productivité.¹ Pour la seule année 2000, une étude avait déjà évalué ces coûts à 22,2 milliards de dollars.³

HOSPITALISATIONS AU CANADA

En 2005-2006, il y a eu :

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

CRISE CARDIAQUE

On estime à 70 000 le nombre de crises cardiaques à survenir chaque année au Canada. Jusqu'à 40 000 arrêts cardiaques se produisent chaque année, c'est-à-dire un arrêt cardiaque toutes les douze minutes.¹

FIBRILLATION AURICULAIRE

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

INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

On estime que 500 000 Canadiens vivent avec une insuffisance cardiaque et que 50 000 nouveaux patients sont diagnostiqués chaque année.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

Six 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 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 à l'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 2011, 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'OBÉSITÉ

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 2008, les coûts économiques associés aux principaux problèmes de santé chroniques liés à l'obésité étaient évalués à 4,6 milliards de dollars, des chiffres qui pourraient sous-estimer le coût total du surpoids au Canada. En effet, ces estimations grimpent à plus de 7 milliards de dollars quand elles sont fondées sur l'ensemble des 18 maladies chroniques associées à l'obésité.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

En 2008-2009, près de 2,4 millions de Canadiens vivaient avec un diagnostic de diabète. On estime que si les taux d'incidence et de mortalité se maintiennent, ce nombre s'élèvera à 3,7 millions d'ici 2018-2019.²³ 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 reconnaissent être sédentaires.³ Toutefois, la récente étude *Canadian Health Measures Survey* a permis d'établir à partir de mesures objectives que 85 % des adultes n'atteignent pas la recommandation de 150 minutes d'activité physique par semaine et que seulement 35 % des adultes atteignent la cible des 10 000 pas par jour.²⁴ 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

Une étude récente révèle qu'en 2009, les coûts directs, indirects et totaux de l'inactivité physique au Canada sont de 2,4 milliards, 4,3 milliards et 6,8 milliards de dollars respectivement. Cette étude s'appuie sur la prévalence de l'inactivité physique, sur les risques et sur les coûts des maladies chroniques liées à la sédentarité à savoir les maladies coronariennes, les AVC, l'hypertension artérielle, le cancer du colon, le cancer du sein, l'ostéoporose et le diabète.²⁵

Les références complètes se retrouvent à la page 143.



BILAN DES PRIORITÉS ORGANISA- TIONNELLES

LEAN

Nous avons structuré une démarche qui vise à réaliser une révision des processus de type LEAN dans quatre services : urgence, hémodynamie, électrophysiologie et bloc opératoire. Nous avons présenté notre projet à l'Agence dans le cadre des projets d'optimisation et nous avons obtenu un financement à 80 %, pour un maximum de 320 000 \$.

Suite à un appel d'offres, nous avons retenu les services de firme CIM pour le soutien professionnel. La structure de projet implique les instances syndicales et professionnelles de l'organisation, notamment par leur présence au comité d'orientation. Dans chacun des projets, les médecins et les employés sont impliqués systématiquement. Quelque 176 personnes ont participé à la formation de base LEAN.

Dans tous les secteurs visés, les phases importantes sont réalisées : l'exercice d'appropriation, la journée stratégique et l'exercice KAIZEN au cours duquel les médecins et les employés ont analysé le fonctionnement de leur service et identifié les améliorations relatives à leurs processus. Les plans d'action et les recommandations sont en cours de réalisation. Découlant des ateliers Kaizen, plusieurs chantiers ont été lancés pour permettre une analyse plus poussée.

Une deuxième phase est amorcée. Cette phase vise essentiellement à développer davantage la culture LEAN par le développement des compétences des gestionnaires. Dans le cadre d'une formation GREEN BELT (huit jours + accompagnement dans la réalisation d'un projet d'amélioration), les gestionnaires développeront les habiletés requises pour réaliser, avec la participation du personnel et des médecins, l'amélioration de la qualité et de la performance des soins et des services. Une première cohorte de treize gestionnaires est démarrée. Nous comptons réaliser deux cohortes par année.

En dehors de ces exercices, plusieurs démarches ont été réalisées au cours des dernières années, ce qui a permis particulièrement de faire face à l'augmentation des activités, notamment :

- Révision de l'organisation du travail au niveau de cliniques ambulatoires; chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque, pneumologie, médecine interne et centre de soins de jour.
- Révision des trajectoires de service avec les médecins référents en ce qui a trait aux motifs de référence et accès; guichet en oncologie, clinique de pneumologie.
- Révision de l'organisation du travail au Service des approvisionnements.
- Réorganisation du travail les fins de semaine en physiothérapie (pratique exemplaire).

- Amélioration de l'offre de service en tomographie par émission de positrons (TEP) pour l'oncologie.
- Réorganisation du travail aux archives médicales et à la transcription (télétravail).
- Révision des processus dans le cadre du circuit du médicament et de la préparation des médicaments.

Nous poursuivons nos efforts d'amélioration de nos processus. La formation LEAN et la continuité des travaux pour assurer la conformité aux normes d'agrément seront sans doute nos activités maîtresses d'amélioration au cours des prochains mois.

COMMUNICATIONS

Un audit en communication a été réalisé et présenté au comité de direction. Un plan d'action est en cours d'élaboration. Une première recommandation a été réalisée, soit l'embauche d'une agente en communications. L'arrivée de cette dernière permettra la réalisation des principales recommandations de l'audit et de développer également le volet des communications au Centre de recherche. Aussi, nous avons amorcé la refonte du site Internet de l'Institut incluant le Centre de recherche ainsi que l'intranet de l'Institut. Le plan de communications sera élaboré en phase avec le plan stratégique. Ce plan intègrera les recommandations adressées dans le rapport d'audit.

CONDITIONS D'EXERCICE DES GESTIONNAIRES

Une démarche structurée visant le travail des gestionnaires est en cours actuellement. Nous avons présenté un projet au MSSS qui a été retenu avec un financement de 120 000 \$. À partir des attentes à l'égard des gestionnaires, des rôles et des responsabilités qui leur incombent, cette démarche vise principalement à identifier les tâches à valeur ajoutée et les conditions de pratique qui permettront aux gestionnaires d'agir efficacement auprès de leurs équipes tout en assainissant la lourdeur de cette fonction. Un comité de travail de gestionnaires (incluant le président et la vice-présidente de l'AGESSS) présidé par le directeur général a été mis en place. Une journée des cadres a permis d'identifier et de convenir des grandes pistes d'amélioration.

Nous avons embauché une chargée de projet qui anime la démarche. Une première phase de travaux a permis la mise en place d'un guide de pratique de l'utilisation des courriels et de l'intranet, irritants majeurs pour les gestionnaires. Une

deuxième phase est en cours. Cette phase principale aborde le cœur de la fonction de gestionnaire. Une deuxième activité avec les cadres a permis de travailler sur les activités considérées à valeur non ajoutée et sur la pertinence des comités. Les travaux se poursuivent en 2013-2014.

LUTTE AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES

En plus de poursuivre les efforts au quotidien, le comité tactique, présidé par le directeur général, se réunit aux deux semaines. Ce comité est décisionnel et permet d'identifier rapidement des actions structurantes. Au cours de la dernière année, deux actions ont certainement contribué à améliorer notre performance, soit la procédure relative aux codes d'alerte pour les pathogènes d'acquisition nosocomiale (pratique exemplaire) et la révision des tâches visant l'élimination des zones grises relatives au nettoyage des petits équipements et de l'environnement. 85 % du plan d'action est atteint. Nous avons réduit la transmission des infections pour atteindre nos plus bas taux et nous respectons l'ensemble des cibles.

ENTREPRISE EN SANTÉ

Le comité de pilotage de cette démarche a été très actif au cours de l'année. Présidé par le directeur général, il est constitué de directeurs ainsi que de représentants des instances syndicales et professionnelles. Après une période de sensibilisation des employés, nous avons procédé à un sondage auprès de ces derniers. Ce sondage du Conseil québécois d'agrément concernait les quatre sphères d'ENTREPRISE EN SANTÉ : les pratiques des gestionnaires, la conciliation travail-famille, l'environnement de travail et les habitudes de vie.

L'analyse du sondage et la tenue de groupes de discussion d'employés ont permis d'orienter les discussions visant l'adoption du plan d'action. Le comité santé mieux-être a été constitué. Représentatif des différents groupes d'employés, c'est ce comité qui travaille actuellement à bâtir le plan d'action. Malgré tout, des initiatives ENTREPRISE EN SANTÉ ont été prises plus spécifiquement comme, par exemple, la politique alimentaire, les activités sportives en milieu de travail, les projets pilotes sur l'aménagement des horaires de travail. Les travaux en cours permettront d'identifier les pistes d'action prioritaires et d'adopter le plan d'action. La participation des instances est significative. Les travaux sont soutenus et progressent bien.



AGRÉMENT CANADA

Un travail de coordination exemplaire et une mobilisation des intervenants à tous les niveaux ont permis ce grand succès. Mentionnons l'implication des membres du CA, particulièrement par l'entremise du comité de vigilance et de la qualité. Ce dernier s'assurera de la poursuite des travaux sur une base continue.

CONSTRUCTION ET RÉNOVATION DES BÂTIMENTS

L'étape 1 prévue à notre PDI vient de franchir une étape importante. L'annonce gouvernementale du 9 mai est venue confirmer que le projet d'agrandissement fait partie maintenant du PQI et nous a donné le feu vert pour passer à l'étape des plans et des devis.

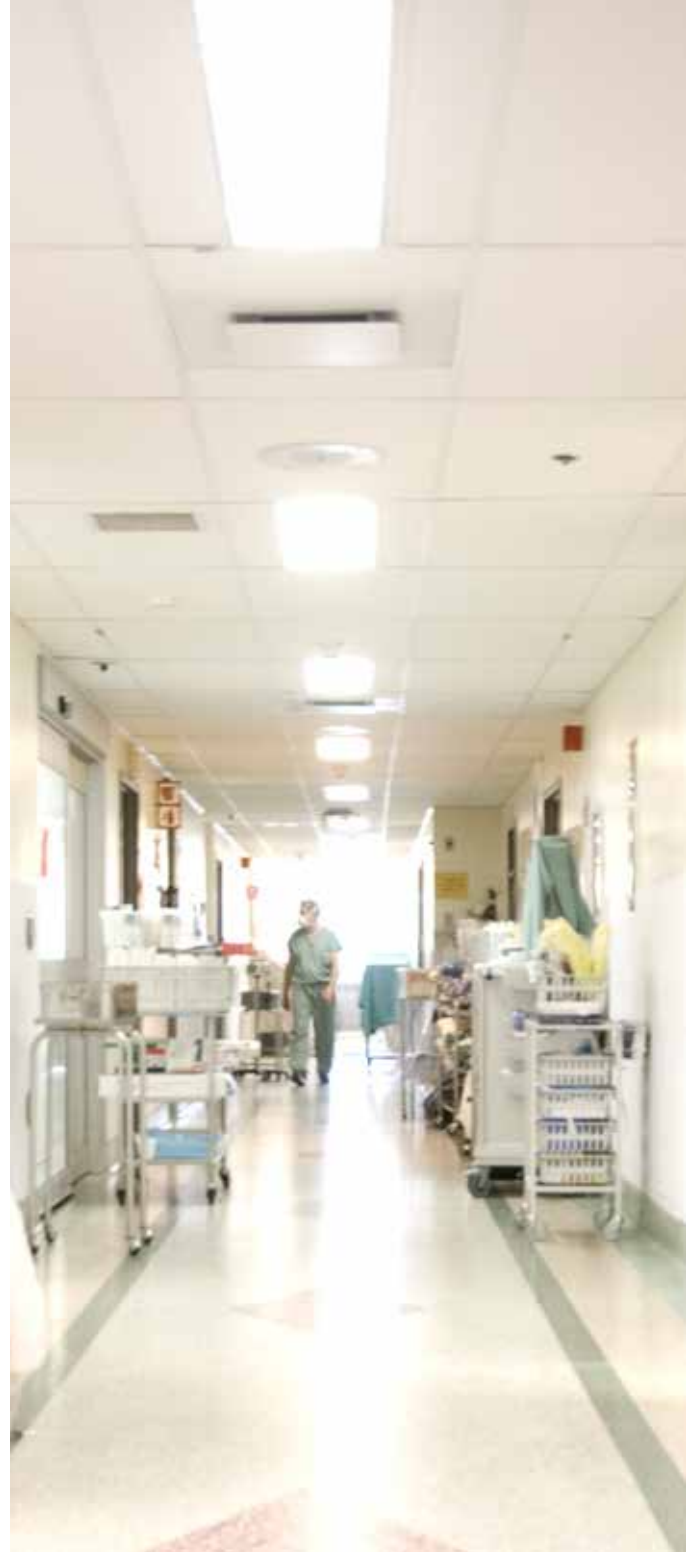
Les travaux de construction pour l'agrandissement de l'urgence ont débuté la première semaine de mai. Le défi demeure le fonctionnement des activités pendant les travaux. Les travaux pour la relocalisation de l'endoscopie digestive sont terminés. Les nouveaux locaux sont occupés depuis le mois mars dernier. Le principal projet au plan du maintien des actifs est le rehaussement de l'entrée électrique. Ce rehaussement, en cours d'exécution, était rendu nécessaire pour nos phases de développement.

Tel que convenu avec l'Agence, nous allons amorcer une phase importante pour l'étape 2 du PDI, soit la réalisation de l'avis de reconnaissance des besoins. Cette étape d'envergure (150 M\$) vise la relocalisation de certains plateaux techniques et de certaines unités spécialisées : urgence, soins critiques, bloc opératoire, médecine nucléaire. La priorisation de cette étape a fait l'objet d'une résolution du CA à l'automne 2011.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

La gestion des formulaires cliniques informatisés est maintenant réelle et implantée dans toute l'organisation. Malgré certains retards, le déploiement de Cristal-Net se poursuit à un bon rythme. Les intervenants utilisent maintenant Cristal-Net, à l'exception des médecins. Ces derniers débutent leur formation qui s'échelonne sur plusieurs semaines.

Après un deuxième processus d'appel d'offres, le contrat a été octroyé pour la numérisation du dossier-patient (DPE). Le contrat des infrastructures requises pour l'installation des applications du DPE a été octroyé et les travaux d'installation sont



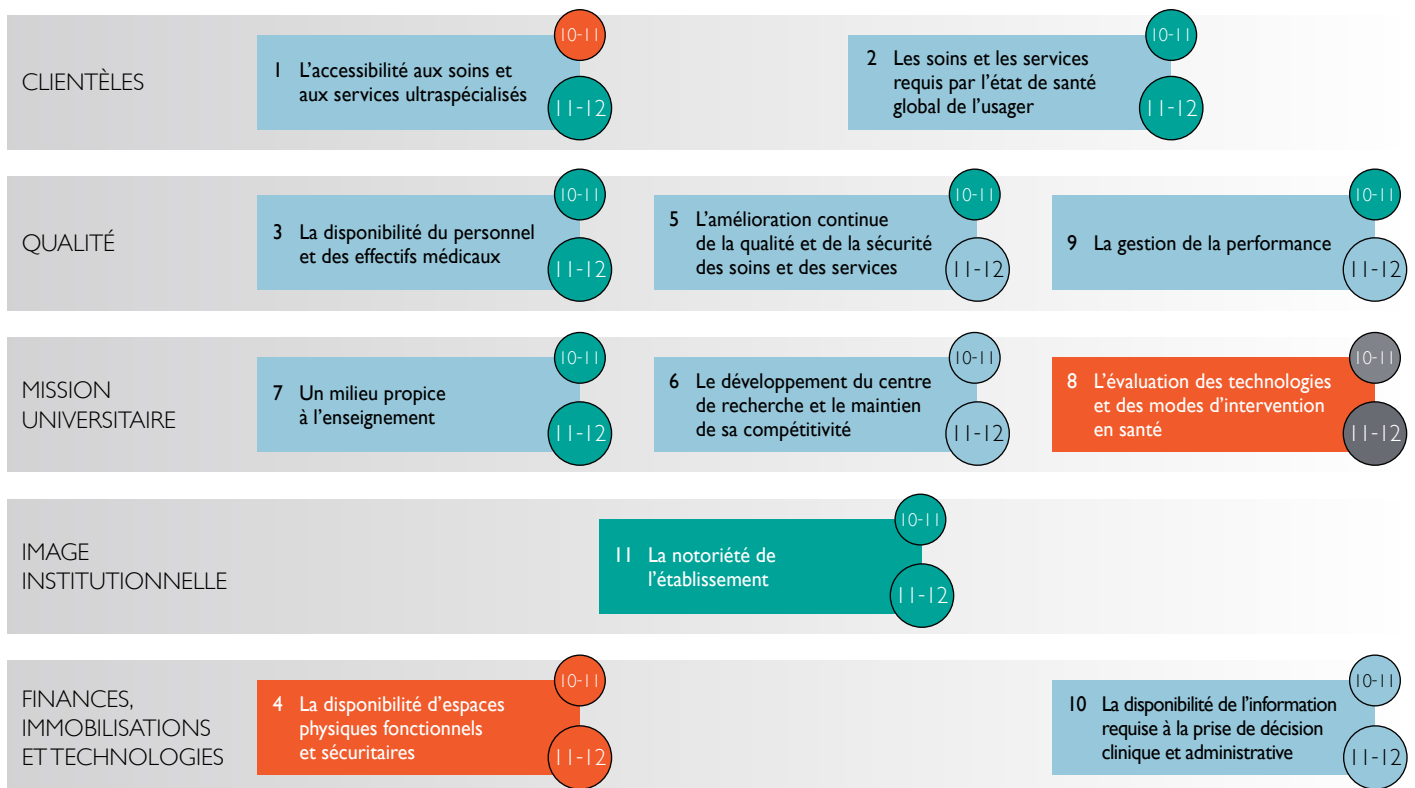
amorçés. Ces infrastructures seront prêtes à temps pour débuter la numérisation prévue le 4 novembre 2013. Le compte à rebours est parti. Plusieurs étapes restent à réaliser, notamment la paramétrisation de l'application (Cristal-Net–DPE), la détermination de l'arborescence, la formation des utilisateurs, la consolidation des outils de travail et le plan de déploiement. C'est un changement majeur qui bousculera les habitudes de travail. Une équipe est en place pour assurer le soutien à ce changement.

* Présenté au conseil d'administration le 14 mai 2013.

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 2013 ENJEUX



Légende :

- : % de réalisation de 100 %
- : % de réalisation de 25 % à 49 %
- : % de réalisation de 75 % à 99 %
- : % de réalisation de moins de 24 %
- : % de réalisation de 50 % à 74 %
- : non évalué

(10-11) Résultats 2010-2011

(11-12) Résultats 2011-2012

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.

→ ENJEU UN

L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

Étant le seul établissement à offrir des services ultraspecialisés 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.**

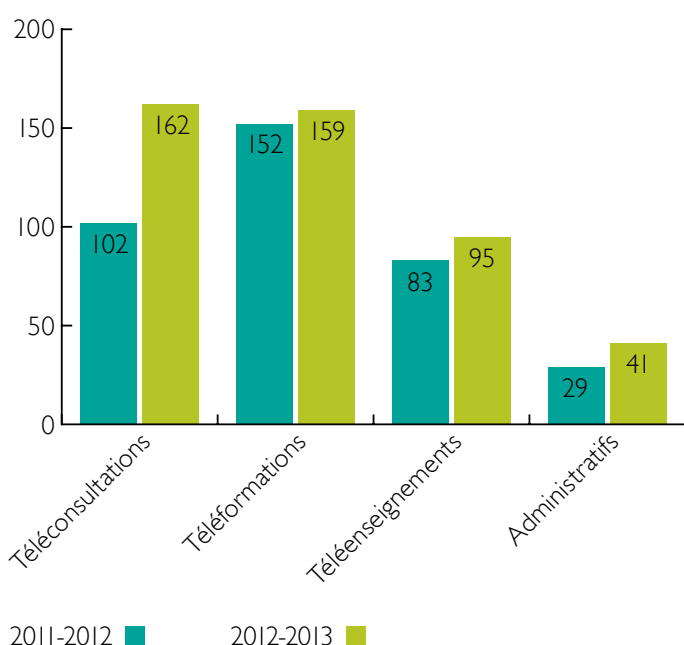
CLINIQUE D'ÉPANCHEMENT PLEURAL

Dans un souci d'accroître l'accessibilité aux soins et aux services spécialisés, l'IUCPQ a mis en place une clinique d'épanchement pleural. Cette clinique assure la prise en charge des usagers atteints de maladies pleurales ou de maladies de la plèvre. Or, dans certaines situations, particulièrement pour les cas d'épanchement pleural néoplasique, un cathéter pleural tunnellié, appelé PleurX, est installé en première intervention en salle interventionnelle d'endoscopie respiratoire et permet ainsi d'éviter une hospitalisation ou d'envisager un retour à domicile précoce. Depuis l'implantation de cette clinique, nous sommes à même de constater que des bénéfices, soit : diminution des hospitalisations pour épanchement pleural, meilleur suivi des usagers et prise en charge rapide des complications et amélioration de la continuité des soins entre les services de 1^{re} et 2^e ligne. Par cette initiative, l'Institut démontre encore une fois son leadership dans le domaine des maladies pulmonaires.

LA TÉLÉSANTÉ EN ASCENSION

Plusieurs activités de télésanté ont lieu chaque semaine au sein de l'établissement, que ce soit au niveau de la téléconsultation directe ou indirecte, de la téléformation, de l'enseignement par visioconférence ou de réunions administratives. Ce diagramme illustre le nombre d'activités de télésanté réalisées durant la dernière année, comparativement à l'an dernier.

De plus, treize visioconférences ont été faites pour différents secteurs de la recherche.



PNEUMOLOGIE

- Des discussions de cas en oncologie pulmonaire se tiennent tous les jeudis matins. Il s'agit de réunions multidisciplinaires, impliquant les pneumologues, chirurgiens thoraciques et pathologistes de l'IUCPQ, ainsi que les radio-oncologues de L'Hôtel-Dieu de Québec et les hémato-oncologues de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôpital du Saint-Sacrement. Lors de ces téléconsultations, ils peuvent discuter des options de traitements pour leurs patients. Des pneumologues de Sept-Îles se joignent maintenant à ces rencontres. Depuis avril 2012, 93 présentations de cas en oncologie pulmonaire ont été réalisées, soit presque deux fois plus que l'an dernier.

CARDIOLOGIE

- La préparation pour la chirurgie cardiaque se fait de plus en plus en externe. Certains centres ont été formés pour préparer les patients, notamment, l'Hôtel-Dieu de Lévis, le CSSS de Beauce, le CSSS de Thetford-Mines, le CSSS de Charlevoix et le CSSS de Baie-Comeau. Les patients de ces régions n'ont pas à se déplacer la veille de la chirurgie pour être préparés. Ils peuvent également assister par visioconférence à un enseignement préopératoire de groupe qui est donné deux fois par semaine par les infirmières de la clinique de préadmission en chirurgie cardiaque à l'Institut. Plus de 45 patients ont pu assister à cet enseignement depuis avril 2012. Cette initiative a permis d'augmenter sensiblement le nombre de patients se présentant le jour même de leur chirurgie plutôt que la veille.
- En l'absence de cardiologues sur place, les CSSS de Beauce et de Sept-Îles peuvent compter sur les cardiologues de l'IUCPQ pour la lecture en temps réel des échocardiographies. La transmission de l'examen se fait par visioconférence pendant que le patient est en salle d'examen dans le CSSS de sa région. De cette manière, des images supplémentaires peuvent être prises par le technologue à la demande du cardiologue de l'IUCPQ. Ces échocardiographies permettent d'assurer la continuité des services d'échocardiographie pendant l'absence des cardiologues du CSSS de Beauce et de Sept-Îles, évitant ainsi le transfert de patients vers Québec.
- Depuis 2009, la clinique de cardiostimulateur de l'Institut offre le service de suivi à distance des patients porteurs d'un défibrillateur cardiaque. Ce suivi est possible grâce à un moniteur qui est branché à une prise téléphonique à domicile. Les infirmières cliniciennes de l'IUCPQ analysent quotidiennement les transmissions et établissent un traitement avec l'électrophysiologiste. Comme cette clientèle est à haut risque de mort subite, ce suivi permet de détecter des arythmies cardiaques, des problèmes

de batterie ou de défectuosité des sondes de défibrillateur. Du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, 1 270 transmissions ont été analysées par le suivi à distance. Ce suivi a permis d'éviter plusieurs déplacements chez notre clientèle du Centre et de l'Est-du-Québec et même du Nouveau-Brunswick.

MÉDECINE INTERNE

Le projet de gestion des maladies chroniques avec les GMF a obtenu l'approbation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ainsi, cinq appareils de visioconférence seront déployés dans des GMF du CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord et de Portneuf. Des téléconsultations et de la téléformation pourront désormais être offertes en support à nos collègues de la première ligne. On doit la réussite de ce projet à la précieuse collaboration du docteur Claude Garceau.

BLOC OPÉRATOIRE

- Afin de permettre aux stagiaires en médecine, en inhalothérapie et en soins infirmiers ainsi qu'aux intervenants cliniques de l'IUCPQ d'assister à une chirurgie, nous sommes maintenant en mesure d'offrir un visionnement chirurgical hors salle.

En effet, depuis le 13 mars dernier, des séances de visionnement sont tenues de façon hebdomadaire. Lors de ces visionnements, les participants peuvent observer les étapes chirurgicales et ils ont une vue d'ensemble de la salle d'opération. De plus, à l'aide d'un appareil de visioconférence, une interaction est possible entre le chirurgien et les participants. Cette activité connaît un grand succès.

NOUVELLE CLINIQUE DE FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire (FA) est l'arythmie cardiaque la plus fréquente et elle est associée à une mortalité et à une morbidité élevée. Le fardeau social de la FA est énorme. Dans notre milieu, près de 60 % de la clientèle consultant les services en électrophysiologie est en lien avec cette arythmie. Une prise en charge de cette même clientèle dans le cadre d'une clinique structurée permet de traiter l'utilisateur au bon moment et au bon endroit. C'est dans ce contexte que la clinique de fibrillation auriculaire a été implantée en octobre 2012 et à ce jour, environ 275 patients participent au programme provincial de soins FA-CILITER par notre clinique.



Les principaux objectifs visés par la création de cette clinique sont de réduire le nombre d'hospitalisations et de diminuer le nombre de consultations à l'urgence, et ce, en évaluant les patients de façon précoce et en assurant un suivi téléphonique post-traitement. Une ligne téléphonique FA est disponible pour les professionnels de la santé de l'Institut souhaitant recommander un patient à la clinique. Le même accès est également disponible pour les patients déjà inscrits à la clinique. Ce sont les infirmières cliniciennes du secteur qui en assurent le suivi. Un formulaire de référence est disponible pour les médecins désirant référer un client pour enseignement ou prise en charge. Le suivi sera de nouveau assuré par le médecin traitant lorsque l'état du patient sera stabilisé.

Le suivi de la clientèle de la clinique de FA est assuré conjointement par les électrophysiologistes et les infirmières cliniciennes en électrophysiologie afin d'offrir un plan de traitement optimal pour le patient. Un enseignement complet personnalisé sur la FA est réalisé par les infirmières afin de favoriser une prise en charge du patient face à son diagnostic.

De plus, une vidéo d'enseignement sur la FA a été conçue par la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire à laquelle des membres de l'équipe en électrophysiologie ont étroitement collaboré. Elle peut être visualisée en clinique par l'intranet dans la section des reportages télévisés ou à l'adresse suivante : www.coeurpoumons.ca.

CLINIQUE DE BRONCHIECTASIE

Une clinique de bronchiectasie a été incluse à la clinique de fibrose kystique depuis le 4 octobre 2012. Cette clinique vise le regroupement des cas complexes de bronchiectasie. Sachant que la bronchiectasie peut évoluer vers d'autres maladies pulmonaires, telle que la fibrose kystique, la prise en charge de cette pathologie par cette clinique a toute son importance.

Par une approche interdisciplinaire, la clinique poursuit le but d'amener une meilleure prise en charge de l'usager afin de traiter les surinfections ainsi que d'assurer un enseignement des techniques de dégagement et d'inhalothérapie.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MOLÉCULAIRE

Un développement majeur est survenu au service d'anatomopathologie et de cytologie des laboratoires de biologie médicale de notre centre en 2012. En effet, le projet d'ajout d'un volet de pathologie moléculaire, initié en 2011, a franchi cette année

toutes les étapes d'autorisation locales, régionales et ministérielles et est en cours de réalisation. Avec ce développement, les analyses moléculaires EGFR et ALK pour les patients atteints de cancer du poumon seront disponibles à l'Institut avec des normes de qualité et des temps de réponse parmi les meilleurs au Canada. Le début des activités est prévu pour juillet 2013.

CLINIQUE DE CARDIOLOGIE DE PORTNEUF

Au début de l'année 2012, le CSSS de Portneuf a approché l'équipe de cardiologie de l'Institut afin d'obtenir un support de consultation de cardiologie à l'Hôpital régional de Portneuf. Cette demande s'inscrivait dans le contexte d'une complémentarité à la pratique actuelle où les patients de Portneuf demandant des soins de cardiologie sont majoritairement traités au centre. Le CSSS de Portneuf reconnaissait en l'établissement un centre unique d'excellence en cardiologie et souhaitait s'associer à notre milieu.

Depuis juillet 2012, une clinique de cardiologie avec consultations et évaluations par tapis roulant a été développée à l'Hôpital régional de Portneuf. Cette clinique a lieu tous les vendredis et l'ensemble des cardiologues du Service de cardiologie est impliqué dans ce nouveau service. Le service de consultation permet d'éviter le déplacement vers Québec de clientèles consultant à l'Hôpital régional de Portneuf avec différentes conditions cardiaques. Cette initiative permet d'améliorer l'accessibilité à la mission d'excellence de notre institut pour une population parfois physiquement éloignée de Québec ou vulnérable socioéconomiquement. Jusqu'à aujourd'hui, le service est maintenu de façon ininterrompue et la croissance des demandes laisse entrevoir une augmentation de l'offre de consultations à l'Hôpital régional de Portneuf.



M. SIMON JULIEN, VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS DE PORTNEUF; M. MARIO ALAIN, PRÉSIDENT DE LA FONDATION DES SERVICES SANTÉ ET SOCIAUX DE PORTNEUF; D^{rs} ROBERT DE LAROCHELLIÈRE, CHEF DU DÉPARTEMENT MULTIDISCIPLINAIRE DE CARDIOLOGIE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC ET D^r GILLES HAMEL, DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS DU CSSS DE PORTNEUF.

→ 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.

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

Au cours de la dernière année, un plan d'implantation triennal a été adopté par le conseil d'administration de l'établissement. Quatre priorités ont déjà été mises de l'avant : outil de dépistage de la clientèle à risque à l'urgence, mécanismes de suivi de cette clientèle tant à l'interne qu'à l'externe, présence d'une travailleuse sociale à l'urgence cinq jours sur sept et instauration d'un programme de marche systématique. En plus de consolider ces priorités, plusieurs travaux ont été réalisés afin de faciliter le déploiement des signes vitaux AINÉES (autonomie, intégrité cutanée, nutrition, élimination vésicale, état cognitif, sommeil) dans l'ensemble des unités de soins ainsi qu'à l'urgence.

Certains outils, tels que l'évaluation initiale de l'infirmière, le plan de soins ainsi que le plan de travail des préposés aux bénéficiaires ont dû être révisés. La formation a été amorcée dans plusieurs secteurs afin de sensibiliser l'ensemble des personnes impliquées auprès de la clientèle âgée. L'approche a aussi été déployée sur une première unité de soins, soit le 3^e Notre-Dame, et l'implantation dans l'ensemble des unités de soins et au Service de l'urgence s'échelonnera sur les deux prochaines années.



CLINIQUE DE RÉADAPTATION CARDIAQUE

Après une année de fonctionnement en projet pilote, c'est en septembre 2012 que l'efficacité des interventions de la clinique de réadaptation cardiaque a été évaluée. De plus, un questionnaire servant à mesurer la satisfaction de la clientèle a aussi été administré aux usagers. Les résultats de ces deux analyses sont très encourageants. En effet, dès la deuxième visite, une amélioration significative a été observée au niveau de plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires : réduction du taux de cholestérol LDL chez 78 % des usagers, diminution de l'usage du tabac de 18 % et augmentation de 55 % des inscriptions dans un programme de réadaptation au PPMC ou à Traité santé. Le taux de réponse aux questionnaires de satisfaction de la clientèle a été de 97 %, pour un taux de satisfaction moyen pour les deux visites de 93 %. Ces résultats démontrent l'efficacité des interventions effectuées et la pertinence d'une telle clinique dans un centre de cardiologie tertiaire. Son intégration dans les activités opérationnelles de réadaptation cardiaque du Pavillon de prévention des maladies cardiaques va donc de soi!

OUVERTURE DE LA SALLE D'HÉMODIALYSE

Afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle d'insuffisance rénale nécessitant des traitements d'hémodialyse, nous avons procédé, le 4 juin 2012, à l'ouverture d'une salle comportant deux fauteuils de traitement au troisième étage du pavillon Central. Cette salle permet de réaliser les activités



de suppléance rénale de façon sécuritaire tout en optimisant l'utilisation des ressources spécialisées, mais aussi d'améliorer l'accessibilité tout en faisant face à l'accroissement de la clientèle. Les traitements dispensés s'adressent aux usagers hospitalisés sur les unités de soins dont la condition est stable ou encore à ceux qui sont en attente de transfert dans un centre d'hémodialyse chronique et qui pourraient être libérés de l'hôpital.

Depuis son ouverture, 41 traitements ont été réalisés en 2012-2013. Avec cette initiative, l'Institut favorise une approche de santé globale et continue.

ENTENTE DE SERVICE EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Afin d'assurer le service à la clientèle d'endoscopie digestive et à la suite du départ à la retraite du gastroentérologue sénior de l'établissement, une entente de service est intervenue entre les gastroentérologues du CHU de Québec et le Département de médecine de l'Institut en collaboration avec les chirurgiens du Département de chirurgie.

Cette entente permettra aux 22 gastroentérologues du CHU de Québec d'assurer les services d'endoscopie digestive ainsi que le service de garde, en partenariat avec ceux de notre centre, afin d'éviter une découverte.

Les médecins du CHU de Québec se disent heureux de travailler dans ce nouvel environnement avec une équipe dynamique. Nous en profitons pour remercier le docteur Fernand St-Georges pour toutes ces années à servir notre clientèle et nous lui souhaitons une belle retraite, bien méritée.



GESTION DE LA PÉNURIE DES MÉDICAMENTS

Depuis quelques années, nous vivons régulièrement des arrêts temporaires dans l'approvisionnement des médicaments. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces ruptures : manque de matières premières, contrôles de qualité plus exigeants des autorités gouvernementales (canadiennes et américaines) ou la nouvelle gestion dite « juste-à-temps » des compagnies qui ne permet plus à ces dernières de réagir rapidement aux fluctuations à la suite d'un contrôle gouvernemental chez Sandoz. Nous avons dû mettre en place une gestion quotidienne de l'inventaire des médicaments injectables afin d'assurer qu'il n'y ait pas de bris de services pour les usagers de l'IUCPQ, ce que nous avons réussi avec brio. La gestion de cette crise a été difficile pour le Département de pharmacie. Toutefois, cette situation a démontré qu'il existe une grande collaboration entre les équipes médicales et tous les intervenants impliqués dans l'administration des médicaments, en particulier le personnel du bloc opératoire et le personnel infirmier des unités de soins. La situation reste toujours précaire et le plan d'action mis en place va demeurer jusqu'à ce qu'une intervention législative permette de mieux contrôler la disponibilité des médicaments sur le marché canadien.

→ 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.**

TRAVAUX POUR DIMINUER LE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

Les gestionnaires de l'Institut, confrontés au temps supplémentaire obligatoire, ont toujours la préoccupation de trouver des mesures structurantes afin d'en limiter l'utilisation. Au cours de la dernière année, des travaux ont permis de rehausser la structure de postes de l'urgence, entre autres, et de mettre en place un projet d'horaire de douze heures dans ce secteur. Ces éléments ont permis de diminuer de manière significative le recours à l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire et cela, malgré l'achalandage marqué des mois d'hiver.

Par ailleurs, des travaux parallèles ont permis de revoir tout le processus de planification des horaires permettant d'octroyer plus facilement les remplacements afin d'avoir une utilisation optimale des ressources. Une gestion efficace des demandes de congés est essentielle afin d'assurer des ressources en quantité suffisante pour maintenir l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la clientèle de l'Institut.

PROJET INSTITUTIONNEL PORTANT SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES CADRES

Un projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux a été mis en place au printemps 2012. Il s'est décliné en deux volets : l'amélioration des communications par l'utilisation efficace des technologies de l'information et la clarification du rôle des gestionnaires. Au cours du premier volet, des travaux effectués en sous-comités ont permis d'identifier des moyens efficaces et efficients afin de mieux communiquer et d'éliminer les activités à faible valeur ajoutée en lien avec les communications par voie électronique. Un manuel comportant dix règles d'or pour rendre les communications plus efficaces a été rédigé.

Le second volet a débuté en décembre 2012 et il est toujours en cours. Il vise la clarification du rôle des gestionnaires intermédiaires afin d'optimiser la prise de décision ainsi que le temps passé auprès de leurs équipes de travail. Tous les gestionnaires touchés par ce projet ont été mis à contribution afin d'identifier leurs principales

préoccupations de gestion ainsi que des pistes de travail qui permettront de clarifier davantage leurs rôles et leurs responsabilités. Plusieurs groupes de travail seront formés afin de mobiliser les gestionnaires vers l'atteinte des objectifs associés au projet. Ce projet est piloté par la Direction des ressources humaines en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires de l'organisation.

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

La première cohorte de relève des cadres a été constituée en avril 2012. À ce jour, plus de 50 % des candidats à la relève ont obtenu des postes de cadre intermédiaire. La deuxième cohorte sera lancée dès que les travaux portant sur la révision du rôle du cadre intermédiaire seront complétés.



NOTRE INSTITUT EN SANTÉ

La démarche amorcée en novembre 2012 s'est poursuivie cette année. Des groupes de discussion ont eu lieu en juillet pour valider les résultats obtenus lors du sondage réalisé en février 2012. Un comité santé et mieux-être, constitué de représentants des différentes catégories d'emploi, a vu le jour en novembre. Une politique-cadre visant à préciser les rôles et les responsabilités attendues en matière de santé et de mieux-être a été adoptée par le conseil d'administration en février 2013. En parallèle, plusieurs activités ont été mises en place avec la collaboration du Pavillon de prévention des maladies cardiaques dans le but de répondre aux attentes des employés en matière d'activités physiques.

Les travaux du comité santé et mieux-être vont bon train et il est prévu que le plan d'action reflétant les priorités et les actions qui en découlent soit présenté au comité de direction avant l'été. S'en suivra une mise en œuvre des actions proposées dès l'automne prochain.

MANDAT DU COMITÉ SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE (CSME)

Ce comité est responsable d'étudier l'information pertinente à la santé et au mieux-être du personnel, incluant les résultats dépersonnalisés de la collecte de données (sondage, groupes de discussion). Il voit à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action de santé et de mieux-être en tenant compte des besoins du personnel révélés par la collecte de données, les ressources disponibles et les priorités de l'établissement. Le comité évalue les interventions réalisées dans le cadre du plan d'action santé et mieux-être afin que puissent être apportés les correctifs pertinents.



RECRUTEMENT MÉDICAL À L'URGENCE

L'Institut a connu une hausse du recrutement des effectifs médicaux au Département de médecine d'urgence, notamment en raison de la publicité et de la participation du département à des activités de recrutement au niveau provincial (Journée carrières AMRQ et congrès de l'AMUQ). Le département a quand même eu recours au dépannage régional jusqu'en décembre 2012. L'entente avec l'Agence et le Ministère pour le dépannage régional est terminée depuis mars 2013 et elle ne sera pas renouvelée. Il n'y a pas eu de rupture de service en 2012-2013.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

LE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE : UN MILIEU ATTRACTIF!

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE
Situé au cœur de la Capitale-Nationale, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) est un lieu de haut savoir, de référence et de recherche d'excellence, dont le bassin de desserte de la clientèle s'étend 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 ultraspecialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité. L'interaction continue entre les activités cliniques, la recherche, l'enseignement et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé permet une prestation de soins orientée vers les meilleures pratiques. L'Institut se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspecialisés. Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

- 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 ultraspecialisés 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 sur un même site;
- l'un des plus importants centres de médecine respiratoire au Canada;
- un centre d'excellence en chirurgie bariatrique;
- 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 pour la gestion et l'attente des cibles de soins et de 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 possède un centre de recherche reconnu à l'échelle internationale.

LE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE
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 socio-sanitaires, 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.

L'Urgence reçoit une clientèle atteinte de pathologies complexes en cardiologie et en pneumologie mais aussi une clientèle adulte atteinte de problèmes médicaux variés.

Cette année a permis la stabilisation des effectifs médicaux à l'urgence avec l'arrivée, au Département de médecine d'urgence, de cinq médecins avec statut de membre actif et deux médecins avec statut de membre associé, pour un total de 17 membres, soit treize membres actifs et quatre membres associés.

Les démarches et les efforts pour recruter deux spécialistes en médecine d'urgence (MU5) sont toujours en cours (un candidat est identifié pour 2014) afin d'assurer les volets enseignement et recherche inhérents à notre mission et à la pratique de la médecine d'urgence dans un milieu surspecialisé.

ATTRACTION ET PROMOTION



L'équipe de la Direction des ressources humaines a participé à différentes activités de recrutement au cours de l'année afin de se doter d'une main-d'œuvre de qualité, compétente et en quantité suffisante afin de faire face aux besoins de l'établissement.

Notamment, des visites ont été effectuées dans des maisons d'enseignement, salons d'emploi et centres de formation professionnelle. De plus, plusieurs stagiaires ont été rencontrés, au moment de leur stage au sein de notre établissement, afin de leur faire connaître davantage notre milieu et les possibilités de carrière. Également, des étudiants du quatrième et cinquième secondaire ont été accueillis en stage d'observation dans le cadre du programme « Jeunes explorateurs d'un jour » afin de promouvoir les professions du milieu de la santé.

Embaucher les étudiants en soins infirmiers dès le début de leur formation est un bon moyen d'attraction de personnel. Dès leur première année en soins infirmiers, les candidats peuvent travailler à titre de préposés aux bénéficiaires et ainsi développer certaines aptitudes liées à la profession infirmière, soit l'autonomie, l'organisation du travail et l'habileté à collaborer en contexte d'interdisciplinarité.

De plus, l'organisation permet à 23 personnes de vivre l'externat en soins infirmiers. Cette expérience permet d'avoir un avant-goût du métier d'infirmier en consolidant les apprentissages de deux ans d'études en soins infirmiers.

Finalement, l'offre de stages en soins infirmiers est une stratégie gagnante pour l'établissement afin d'attirer et de recruter un grand nombre de candidats à la profession infirmière. L'accueil chaleureux et attentionné que leur réservent les membres du personnel des différentes unités de soins est digne d'une intégration remarquable et d'une expérience riche en apprentissages.

RÉTENTION

La rétention des employés est toujours au cœur de nos préoccupations puisqu'elle vise le maintien et le développement de notre mission en matière de qualité ainsi que de sécurité des soins et des services. Ainsi, au cours de la dernière année, le taux de rétention se situe à 79,5 %, ce qui indique une augmentation par rapport à l'an dernier (74 %). Malgré une légère augmentation, les efforts déployés doivent être poursuivis dans l'objectif d'une amélioration continue.

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2012-2013
CADRES	
Moins de 30 ans	2
30-39 ans	27
40-49 ans	35
50-54 ans	27
55 ans et plus	12
TOTAL	103
EMPLOYÉS	
Moins de 30 ans	726
30-39 ans	654
40-49 ans	488
50-54 ans	316
55 ans et plus	264
TOTAL	2448
Départs à la retraite	52
Départs (excluant les retraites)	234
TOTAL (DÉPARTS)	286
EMBAUCHES	381
EFFECTIFS MÉDICAUX	
Médecins actifs	159
Médecins associées	53
Médecins conseils	45
Dentistes	3
BÉNÉVOLES	
Nombre total de bénévoles	89

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2011-2012	2012-2013
CADRES (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	95	98
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	5
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	s.o.	s.o.
EMPLOYÉS RÉGULIERS (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1266	1201
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	292	304
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
EMPLOYÉS OCCASIONNELS (inclut les statuts tct et tpt)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 206 183	1 322 346
Équivalents temps complet	658	724

FORMATIONS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ

Au cours de l'année 2012-2013, plusieurs formations ont été offertes afin d'améliorer les méthodes de travail du personnel et prévenir les accidents. Ainsi, une formation sur la prévention des accidents au dos lors de la mobilisation de patient fut offerte à 223 employés. Cette année, près de 1 100 tests d'ajustement pour le masque N95 et 35 tests d'ajustement pour le masque à cartouches ont été effectués. 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 115 personnes œuvrant au Centre de recherche. Une formation d'introduction sur le SIMDUT est également offerte à 242 nouveaux employés. La formation de 8 instructeurs SIMDUT des

laboratoires cliniques a été actualisée. 16 membres de l'équipe d'intervention dans le cadre de déversement de matière dangereuse du Service d'hygiène et salubrité ont reçu la formation spécifique, de même que 13 personnes de la pharmacie. Une formation sur les travaux impliquant de l'amiante fut donnée à 23 membres du personnel de la Direction des services techniques.

RÉAFFECTATION DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES

Les tâches effectuées par les travailleuses enceintes sont déterminées à l'aide des recommandations émises par le programme « Pour une maternité sans danger » du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSSVC) et lorsque nécessaire, elles ont été validées afin de répondre à la réalité organisationnelle de l'Institut. À cet égard, le projet de réaffectation des infirmières enceintes sur les unités de soins a permis, pour l'année 2012-2013, la réaffectation de 86 personnes salariées enceintes.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Le ratio d'heures en assurance salaire a augmenté, pour une deuxième année consécutive, à l'égard de l'ensemble des établissements québécois, pour s'établir à 5,88 %, soit une croissance de 2,7 % pour l'année 2011-2012 (MSSS), ce qui représente 21,3 millions de dollars de plus.

À l'Institut, le ratio d'assurance salaire est également en hausse depuis la période 8 de l'année 2011-2012. Pour l'année 2012-2013, le ratio s'élève à 5,86 % alors qu'il était à 5,14 % pour l'année 2011-2012 soit un total de 172 832 heures en assurance salaire par rapport à 2 948 266 heures travaillées.

Cette hausse du ratio d'assurance salaire s'explique principalement par la gravité et la complexité de certaines absences. Entre autres, on note pour l'année 2012-2013, 13 cas qui sont demeurés avec des limitations fonctionnelles permanentes. La hausse du ratio en assurance salaire a généré une augmentation des coûts, soit un total de 3 950 221 dollars versées en prestations, ce qui représente une augmentation de 761 789 dollars par rapport à l'an dernier. La cible du MSSS dans le cadre des ententes de gestion était établie à 4,85 et n'a malheureusement pas été atteinte.

Des retours au travail en assignation temporaire (travaux légers) ont été instaurés afin de faciliter la réintégration au travail. Le ratio d'assurance salaire est cependant en diminution depuis le 13 janvier 2013. Un suivi rigoureux des dossiers est effectué par le personnel du Service de santé afin d'atteindre la cible du MSSS établie à 5,50 pour l'année 2013-2014.

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

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, il y a eu 433 déclarations d'événements, alors que du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, 420 événements avaient été déclarés. De ce nombre, 73 dossiers ont occasionné une absence du travail, dont 61 ont été acceptés par la CSST en 2012, comparativement à 87 dossiers d'absence dont 76 furent acceptés par la CSST en 2011.

L'implantation du Système de management de la santé et sécurité au travail (SMSST) contribuera à diminuer le nombre d'événements accidentels.

RATIO ASSURANCE SALAIRE	2012-2013	2011-2012	2010-2011	2009-2010	2008-2009
Ratio IUCPQ	5,86 %	5,14 %	4,66 %	4,93 %	5,57 %
Ratio Capitale-Nationale	n/d	5,60 %	5,60 %	5,35 %	5,68 %

Référence : publications.msss.gouv.qc.ca. *Gestion de la présence au travail- assurance salaire*. Décembre 2012.

→ 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 :

POUR SUIVRE 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.

PROJET DE RÉAMÉNAGEMENT DE L'URGENCE

Durant l'exercice 2012-2013, nous avons complété la réalisation des plans et des devis pour le projet de réaménagement de l'urgence. L'urgence de l'IUCPQ, dont les derniers travaux de réaménagement datent de 1995 (18 ans), souffre d'un manque d'espace et d'un manque de fonctionnalités qui occasionnent de graves inconvénients, tant au personnel qu'aux patients. Il suffit de rappeler que l'urgence actuelle ne dispose que de quatorze civières et d'une seule civière de réanimation pour apprécier comment celle-ci est maintenant inadéquate.

Le projet de réaménagement permettra d'augmenter de près de 40 % la superficie disponible, l'ajout de six civières, pour un total de 20, ainsi que d'une deuxième salle de réanimation. Ce projet constituera toutefois un défi logistique important puisqu'il devra se réaliser tout en maintenant les services à la population. Ainsi, la planification de ce chantier a nécessité l'implication d'une équipe constituée de représentants du Service de la construction et des services cliniques, afin d'élaborer une réalisation en phases, impliquant le moins d'impacts possible sur la clientèle. Des plans de contingence ont aussi été élaborés conjointement par la Direction des programmes et la Direction des services techniques en collaboration avec nos partenaires du réseau ainsi que de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour faire face à toute éventualité. Le projet durera un peu plus de deux ans et se terminera en juillet 2015.

Le projet de réaménagement de l'urgence ne se veut toutefois pas une réponse définitive aux diverses problématiques de ce secteur. La construction d'une nouvelle urgence fait partie du Plan directeur immobilier (PDI) de l'établissement et elle est incluse dans la deuxième étape de la démarche d'actualisation du PDI. Un échéancier de cinq à huit ans est considéré pour cette démarche.



RÉAMÉNAGEMENT DES ESPACES PHYSIQUES DE L'ENDOSCOPIE

Le projet de transfert du service d'endoscopie digestive constituait la dernière étape de la séquence de projets permettant de débiter le réaménagement de l'urgence. Rappelons que pour libérer de l'espace au bénéfice de l'urgence, il a fallu, dans une séquence engagée depuis plusieurs années, déplacer la Direction des soins infirmiers vers le pavillon Marguerite-d'Youville, libérant ainsi l'espace qu'occupe maintenant l'endoscopie digestive, et déménager la clinique de chirurgie bariatrique dans un nouveau bâtiment jouxtant le pavillon Notre-Dame.

Le service d'endoscopie digestive occupe maintenant un espace moderne adapté à ses besoins, offrant aux patients la sécurité et le confort requis. Dans une perspective d'efficacité, la planification immobilière développée depuis plusieurs années avait aussi prévu le partage du poste d'accueil avec le service de l'endoscopie respiratoire.



SALLES DE RADIOGRAPHIE NUMÉRIQUE

L'année 2012-2013 aura permis de voir le réaménagement et le remplacement des équipements situés dans les deux salles de radiographies numériques du Service de radiologie.

Les travaux effectués en salle G1 et G7 ont corrigé un problème d'espace mais surtout d'ergonomie. On retrouve maintenant, dans chacune des salles, des postes de contrôle beaucoup plus fonctionnels et un espace de travail plus adapté à notre clientèle. L'aménagement d'un environnement adéquat, combiné à l'installation d'un nouvel équipement radiologique à la fine pointe de la technologie, permet aux technologues en imagerie médicale d'être mieux outillés afin de répondre efficacement au volume d'activités de ce secteur.



RÉAMÉNAGEMENT DE LA CHAPELLE

En raison de la fermeture complète du pavillon Rousseau, nous avons dû procéder à la relocalisation de la chapelle. Maintenant située au niveau « 00 » du pavillon Central, la nouvelle chapelle devient beaucoup plus près et accessible à l'ensemble des usagers, des familles et des membres du personnel.

La chapelle s'inscrit au nombre des ressources offertes à l'ensemble de notre clientèle dans la volonté de prendre soin de toute la personne, dans son corps physique, psychique et spirituel. Elle se veut une réponse au besoin des usagers, de leurs proches et de membres du personnel d'avoir un lieu de paix, un lieu de réconfort, un lieu qui prédispose au recueillement et à la prière, un lieu qui favorise le contact avec la vie intérieure et qui contribue à soutenir l'espérance.

DÉMOLITION DU PAVILLON ROUSSEAU

À la suite de la découverte de malfaçons en structure datant de l'époque de la construction, la décision a été prise de procéder à la démolition du pavillon Rousseau. Cette décision s'appuie sur une évaluation des coûts de réhabilitation qui démontre qu'il en coûterait aussi cher de réhabiliter le pavillon que d'en construire un neuf.

Nous avons mandaté une équipe d'experts qui analyse actuellement les différentes facettes du projet de démolition. Rappelons que ce bâtiment occupe une localisation centrale près des activités de soutien et des activités cliniques et que le projet de démolition doit faire l'objet d'une analyse sérieuse. On doit ainsi tenir compte de la présence de divers services mécaniques et électriques qui transitent par ce pavillon. Le pavillon Rousseau sert aussi de voie de transit entre le pavillon Mallet et le pavillon Central.

Les conclusions de l'étude sont attendues pour juin 2013.

→ 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'usager 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.

VISITE D'ACCREDITATION DE FIBROSE KYSTIQUE CANADA

Le 23 novembre 2012, l'accréditation Fibrose kystique (FK) Canada a effectué sa première visite depuis le transfert de la clientèle adulte du CHUL à l'Institut.

Lors de cette journée, les trois experts-visiteurs ont évalué la qualité et la sécurité des soins et des services offerts à la clientèle, et ce, à travers la trajectoire de services, soit la clinique ambulatoire de FK, le 5^e pavillon Central, le centre de soins de jour ainsi que le laboratoire de microbiologie et de physiologie respiratoire. De plus, les intervenants engagés auprès de la clientèle ont été rencontrés.

Plusieurs points forts ont été soulignés lors de cette visite : le dévouement et le professionnalisme du personnel de la clinique, la qualité des soins, le soutien de l'administration, la disponibilité de lits pour les patients hospitalisés et la collaboration avec l'équipe pédiatrique du CHU pavillon CHUL afin de faciliter le transfert des patients. Quelques enjeux ont été ciblés et ils seront intégrés au plan d'amélioration continue de l'établissement.

AGRÉMENT CANADA

Cette dernière année, l'une des grandes priorités a été la préparation de la visite d'Agrément Canada qui s'est déroulée du

4 au 8 novembre 2012. Cet exercice consiste en un audit de la qualité de l'ensemble des processus de soins de notre établissement. À l'issue de cette visite, l'Institut s'est vu décerner un « agrément avec mention ». En effet, l'établissement a satisfait à 1983 des 2119 critères, soit un **taux de conformité de plus de 93 %**, après un examen complet de sa performance selon des normes nationales d'excellence. De plus, la proportion des critères à « priorité élevée » jugés conformes s'élève à 95 %. Ce résultat rend compte de la qualité des soins, du respect des normes de sécurité et de l'appropriation des meilleures pratiques.

L'Institut a aussi démontré sa conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) identifiées par Agrément Canada comme étant essentielles et qui doivent être en place afin d'améliorer la sécurité des usagers et de minimiser les risques. En effet, 31 POR ont affiché une note de 100 % aux différents tests de conformité. Les deux autres POR réfèrent au bilan comparatif des médicaments. Les non-conformités les concernant sont notées au rapport final; toutefois, elles ont répondu aux exigences en vigueur pour les établissements visités en 2012. Effectivement, l'implantation de ces pratiques se poursuit selon un plan de déploiement tel qu'exigé par Agrément Canada. Bien que conformes, les POR feront l'objet d'une attention particulière afin d'assurer leur pérennité.

Lors de la séance synthèse clôturant la semaine de la visite d'Agrément Canada, les six visiteurs ont tenu à souligner notamment l'application de hauts standards de pratique et la recherche d'excellence dans les soins et les services, un fort niveau de mobilisation et de satisfaction des employés et des médecins ainsi qu'un grand sentiment d'appartenance de leur part. Ils ont également qualifié de belles réussites l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche, la mise en place de la gestion par programmes et de la cogestion médico-administrative ainsi que la pleine réalisation des fonctions de gouvernance.

Par ailleurs, nous avons obtenu de nos visiteurs des indices intéressants sur les améliorations à apporter et les défis que nous aurons à relever au cours des prochains mois. À cet effet, nos équipes sont déjà à l'œuvre afin de mettre en place les correctifs nécessaires et de soumettre les preuves des mesures prises. Fait à noter, si l'établissement se conforme avant le 16 avril 2013 aux neuf critères à priorité élevée ciblés, il sera possible d'obtenir un « agrément avec mention d'honneur », soit la plus haute distinction décernée par Agrément Canada.

NOS TROIS PRATIQUES EXEMPLAIRES

L'Institut a obtenu trois mentions de « pratique exemplaire » :

1. La réorganisation du travail en physiothérapie durant les fins de semaine pour une clientèle cardiorespiratoire
2. La procédure relative aux codes d'alerte pour les pathogènes d'acquisition nosocomiale
3. Le guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon

Agrément Canada a souligné l'aspect novateur et créatif de ces pratiques en plus de les reconnaître comme étant des exemples de leadership et de prestation de services de haute qualité.

Pour obtenir le rapport complet, visitez notre site Internet à l'adresse suivante : <http://www.IUCPQ.qc.ca/agrement.asp>

CET TABLEAU FAIT ÉTAT DES NORMES ÉVALUÉES AINSI QUE DU NOMBRE ET DU POURCENTAGE DE CRITÈRES CONFORMES

NORMES	CRITÈRES À PRIORITÉ ÉLEVÉE		CRITÈRES À PRIORITÉ FAIBLE		TOTAL PRIORITÉS ÉLEVÉE ET FAIBLE	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
Direction	41/42	97,6	84/87	96,6	125/129	96,9
Gouvernance	43/43	100	35/35	100	78/78	100
Thérapie systémique contre le cancer (nouvelle)	41/41	100	97/97	100	138 /138	100
Imagerie diagnostique	63/66	95,5	56/61	91,8	119/127	93,7
Prévention des infections	44/50	88	44/44	100	88/94	93,6
Banque de sang/services transfusionnels	32/34	94,1	15/15	100	47/49	95,9
Laboratoires et banques de sang	64/78	82,1	80/94	85,1	144/172	83,7
Services de laboratoires biomédicaux	13/16	81,3	32/36	88,9	45/52	86,5
Analyses de biologie délocalisées (nouvelle)	27/30	90	24/45	53,3	51/75	68
Transplantation d'organes et de tissus (nouvelle)	52/52	100	72/73	98,6	124/125	99,2
Gestion des médicaments	72/74	97,3	49/52	94,2	121/126	96
Salles d'opération	66/66	100	28/30	93,3	94/96	97,9
Retraitement et stérilisation	37/39	94,9	50/59	84,7	87/98	88,8
Services de chirurgie	29/29	100	61/65	93,8	90/94	95,7
Services de médecine	26/26	100	64/69	92,8	90/95	94,7
Services de soins intensifs	29/29	100	83/93	89,2	112/122	91,8
Services des urgences	30/30	100	89/94	94,7	119/124	96
Services palliatifs et de fin de vie (nouvelle)	27/28	96,4	94/101	93,1	121/129	93,8
Soins ambulatoires	35/35	100	75/75	100	110/110	100
Soins et services à domicile	31/35	88,6	49/51	96,1	80/86	93
TOTAL	802/843	95,1 %	1181/1276	92,6 %	1983/2119	93,6 %

FÉLICITATIONS À TOUS POUR VOTRE PARTICIPATION À L'AGRÉMENT !



DE GAUCHE À DROITE : JULIE RACICOT, PHARMACIENNE, DANIELLE BEAUDOIN, INFIRMIÈRE COORDONNATRICE, CLAIRE TREMBLAY, INFIRMIÈRE CLINICIENNE, JASMIN PELLETIER, CHEF D'ÉQUIPE À L'URDM (CENTRALE DE STÉRILISATION), MARIE-CLAUDE ST-PIERRE, INFIRMIÈRE CLINICIENNE, MARYLÈNE GAGNON, TECHNOLOGISTE MÉDICALE AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE, STÉPHANIE LIM, PHYSIOTHÉRAPEUTE, MICHEL DELAMARRE, DIRECTEUR GÉNÉRAL, D^R ÉRIC DUMONT, CHIRURGIEN CARDIAQUE ET FRANCIS TURBIDE DE L'ÉQUIPE D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ.



BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Le BCM vise à dresser une liste complète des médicaments pris à domicile par l'utilisateur lors de son admission à l'Institut et à comparer les divergences entre cette liste et les ordonnances émises à l'admission, au transfert et au départ. Le BCM est largement reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité et représente une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada. Depuis janvier 2013, un nouveau formulaire est émis par le Département de pharmacie et mis

quotidiennement aux dossiers des usagers hospitalisés afin de permettre aux médecins de l'établissement d'établir un bilan comparatif des médicaments. Pour près de la moitié des usagers admis par l'urgence et pour les clientèles des trajectoires de chirurgie cardiaque et bariatrique, un BCM à l'admission est réalisé et informatisé par un assistant-technique en pharmacie et validé par un pharmacien. Ainsi, pour ces usagers, le formulaire disponible au dossier est complet et il facilite l'analyse du médecin pour rédiger les ordonnances au moment du transfert et du départ. Le Département de pharmacie tentera au cours des prochaines années de réaliser le BCM à l'admission pour tous les usagers admis à l'Institut.

SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (SMSST), NORME CSA Z-1000-06

Depuis 2009, l'Institut participe, en collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), à la mise en place d'un *Système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST)*, dont le cadre de référence est la norme CSA-Z-1000-06 *Gestion de la santé et de la sécurité du travail*. Cette norme est un processus de certification volontaire qui permettra l'obtention d'une reconnaissance de la qualité de la gestion de la santé et de la sécurité du travail, en offrant, entre autres, un milieu sain et sécuritaire au personnel, favorisant ainsi une prestation sécuritaire des soins et des services.

L'Institut s'est joint à la première cohorte chargée de participer à l'élaboration des outils du SMSST. Depuis 2010, le processus d'identification et d'évaluation des risques fut réalisé dans 77 % des secteurs ciblés par le premier plan d'action triennal. Pour 2012-2013, l'objectif principal retenu a consisté à consolider la première phase du projet SMSST. Il visait d'abord à définir le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs en matière de santé et sécurité du travail (SST), à assurer la compréhension des enjeux de ce projet et de la participation des gestionnaires et des travailleurs à son implantation. Un plan d'action global a été élaboré, incluant un plan de consultation pour une quarantaine de politiques et procédures. Jusqu'à maintenant, le processus de consultation a débuté à l'égard de cinq documents, notamment, la « *Politique relative à la prévention, à la promotion de la santé et de la sécurité et à la qualité de vie au travail* » qui constitue la pierre angulaire du système.

Les travaux se poursuivent afin d'obtenir l'implantation de la Norme CSA-Z-1000-06, prévue pour décembre 2015.

DÉPISTAGE DES PORTEURS ASYMPTOMATIQUES DE C. DIFFICILE

Un projet novateur de prévention a été mis de l'avant cette année, ayant pour objectif de diminuer l'incidence de la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) par l'identification et la gestion des porteurs asymptomatiques. Du 14 février au 8 avril 2013, 92 % des usagers admis par l'urgence ont été dépistés et 37 usagers ont été placés en isolement de type contact allégé. À la suite de l'instauration de ces mesures, l'Institut a enregistré un taux d'incidence de DACD historiquement bas en période 12 et a connu une seule éclosion reliée à la clientèle visée par le projet, alors que la région et la province connaissaient, quant à elles, leur pire saison de DACD depuis 2008. Considérant la pression de contamination découlant du contexte épidémiologique actuel, il est possible de croire que la mise en place de mesures préventives au cours de périodes critiques chez les usagers porteurs asymptomatiques pourrait s'avérer un outil important d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tout en maintenant l'accessibilité aux soins et aux services.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'Institut a poursuivi ses efforts en vue de renforcer sa culture de sécurité. En effet, plusieurs actions réalisées en cours d'année ont permis de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents :

- Formation d'accueil offerte tant au personnel clinique qu'administratif
- Formation d'appoint offerte de façon ponctuelle afin de répondre aux besoins spécifiques de certains secteurs d'activité
- Présentations lors des déjeuners qualité/performance, des rencontres des gestionnaires et des équipes du terrain
- Création d'une vidéo portant sur la déclaration, accessible sur l'intranet pour l'ensemble du personnel
- Caucus sécurité visant à vérifier la connaissance des règles applicables en matière de déclaration d'incidents/accidents et de s'assurer de l'utilisation adéquate du formulaire de déclaration par le personnel
- Publication du bulletin « Flash – Agrément » visant à sensibiliser les employés, les médecins et les bénévoles au sujet de la sécurité et des pratiques organisationnelles requises

- Capsules d'information offertes à plus de 450 personnes dans le cadre de la visite d'agrément, visant notamment à sensibiliser les intervenants à appliquer les bonnes pratiques en matière de sécurité
- Activités tenues lors de la semaine nationale sur la sécurité (kiosques et conférence)
- Mise à jour périodique du tableau de bord des incidents/accidents et des résultats de soins
- Création d'un logo pour la promotion des pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada

Au cours de l'exercice 2012-2013, un total de 2 882 rapports d'incident/accident ont été consignés au registre local, comparativement à 2 784 l'an dernier, soit une augmentation de l'ordre de 3,5 %. Le taux de divulgation enregistré se maintient avec un résultat de 74,5 %.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

La satisfaction de la clientèle est au cœur des préoccupations du personnel et des médecins de l'Institut. En effet, chaque année, une vaste enquête est réalisée auprès des usagers. Interrogés par le biais d'un sondage qui leur a été expédié à l'issue de leur hospitalisation, 1 983 usagers 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 la clientèle.

En dépit de l'excellence des résultats, quelques pistes d'amélioration ont été ciblées et elles 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.

→ 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, ce qui favorise à la fois de riches collaborations entre chercheurs cliniciens et chercheurs fondamentaux ainsi qu'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, en pneumologie et en 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 possibles 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 TABLEAU SUIVANT PRÉSENTE QUELQUES STATISTIQUES COMPARATIVES EN REGARD DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE :

	2012-2013	2011-2012
Nombre de chercheurs	132	127
Nombre de chercheurs associés	1	2
Nombre d'étudiants et stagiaires postdoctoraux		
Stagiaires postdoctoraux	54	53
Troisième cycle (doctorat)	85	84
Deuxième cycle (maîtrise)	79	83
Stagiaires	157	134
Membres du personnel professionnel et administratif	240	254
Bourses-subsidations-contrats (Note 1)	28 880 614\$	26 732 051 \$
Subventions, développement des infrastructures	5 550 609\$	5 550 609\$
Nombre de publications	431	367

Note 1 : Ce montant représente l'ensemble des sommes attribuées aux chercheurs du CRIUCPQ pour leur pourcentage de contribution à différents projets. Ces chiffres sont basés sur les données comptabilisées par les registres du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et du Système d'information sur la recherche universitaire (SIRU). Une portion des subventions est administrée directement par l'Université Laval.

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 132 chercheurs exerçant leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Il compte aussi sur la collaboration d'un chercheur associé. Le budget annuel d'infrastructure provenant du FRQS pour l'année 2012-2013 a été de 903 833 \$. Conscients de leur rôle de formateur, les chercheurs du Centre dirigent chaque année un grand nombre d'étudiants durant leurs études de deuxième ou de troisième cycle ou lors de stages postdoctoraux. Ils ont aussi accueilli 157 stagiaires en cours d'année. Les nombreuses publications dans des revues scientifiques, les multiples invitations reçues de différents pays pour agir à titre de conférenciers et de présentateurs ainsi que la présence de chercheurs à titre de membres de comités d'experts, de réviseurs pour des revues scientifiques et d'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. Entre autres, le Dr Ynuk Bossé s'est joint à l'axe de pneumologie. De plus, de nouveaux médecins cardiologues, pneumologues et chirurgiens ont été recrutés à l'IUCPQ et ils ont débuté, ou débuteront sous peu, des activités de recherche clinique.

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 ainsi que les 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 d'envergure internationale sont aussi invités à venir présenter le fruit de leurs recherches. Chaque année, le Centre de recherche tient une *Journée scientifique de la recherche* permettant aux étudiants et aux étudiantes ainsi qu'aux professionnels et aux professionnelles de recherche de faire connaître leurs travaux sous forme de présentations orales ou par affiches. Lors de la dernière édition de l'évènement, plus de 80 étudiants inscrits aux études supérieures ont eu l'opportunité d'y présenter leurs travaux.

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 pris la décision de faire augmenter les sommes qui y sont dédiées, faisant passer le montant total de 120 000 \$ à 140 000 \$. 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 aux niveaux postdoctoral, doctoral 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 de recherche peuvent bénéficier du concours de la Chaire de recherche internationale sur le risque cardiométabolique et de deux programmes de formation des IRSC dont un en obésité et l'autre en pneumologie.

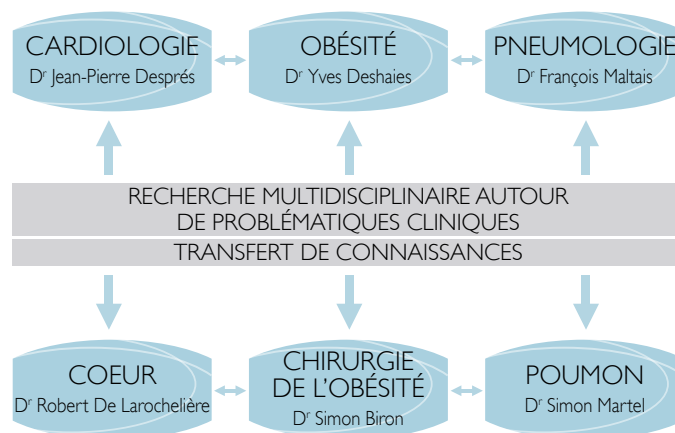


L'IMPLICATION DES CLINIENS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À LA PROGRAMMATION DE RECHERCHE

Le Centre de recherche comprend des axes de recherche inter-reliés et complémentaires de cardiologie, de pneumologie et d'obésité/métabolisme (Figure 1). Le CRIUCPQ est le seul parmi les centres subventionnés par le FRQS à regrouper de tels axes.

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.

AXES DE RECHERCHE DU CRIUCPQ



SURSPÉCIALISATIONS DE L'IUCPQ

LE PASSAGE DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE SUR L'ALVÉOLITE ALLERGIQUE À UN NOUVEAU TRAITEMENT POUR L'ASTHME ET LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Des études cliniques sur un nouveau traitement pour l'asthme et la MPOC sont en cours à l'IUCPQ. Ces études sont faites sous la direction des D^{rs} Louis Philippe Boulet (asthme) et François Maltais (MPOC). Ce nouveau traitement prometteur découle des travaux de l'équipe du D^r Yvon Cormier.

Les chercheurs de l'équipe ont travaillé pendant plusieurs années à étudier les mécanismes cellulaires de l'alvéolite allergique extrinsèque, dont un exemple classique est le poumon du fermier, une maladie allergique ordinairement causée par la respiration de poussières présentes dans certains milieux agricoles. Ces études ont permis de constater que certains facteurs pouvaient prévenir le développement de cette maladie, par exemple, diverses formes d'alvéolites allergiques étaient plus marquées chez les non-fumeurs que chez les fumeurs. D'autres maladies inflammatoires telles que la sarcoïdose ou la colite ulcéreuse ont aussi une prévalence plus grande chez les non-fumeurs. Plusieurs études ont démontré que la nicotine, parmi plus de 4 000 différentes substances toxiques présentes dans la fumée de cigarette, a des effets anti-inflammatoires et dans certains cas, myorelaxants. Évidemment, la nicotine étant une drogue qui crée une dépendance, elle ne peut pas être utilisée comme médicament. L'équipe du Dr Cormier, en collaboration avec des chimistes médicaux, a développé de nouvelles molécules ne créant pas d'accoutumance, mais qui conservent les effets anti-inflammatoires et bronchodilatateurs. Une de ces molécules, nommée ASM-024, a été développée pour le traitement de l'asthme et de la MPOC. En laboratoire, il a été démontré que l'ASM-024 a des effets anti-inflammatoires in vitro et in vivo, et qu'elle peut relaxer des trachées de cobayes ainsi que des bronches d'animaux de laboratoire et d'humains. L'ASM-024 présente des effets de relaxation additifs aux médicaments actuellement utilisés pour traiter l'asthme et la MPOC, indiquant un mécanisme d'action différent de ceux-ci.

L'ASM-024 a été brevetée par l'Université Laval au nom de Dr Yvon Cormier, de la Dre Marie-Renée Blanchet et de Mme Evelyne I. Assayag. Ces chercheurs ont fondé une compagnie de biotechnologie, Asmacure Ltée, pour réaliser les études requises afin de pouvoir tester le produit chez les patients. Grâce à du financement majeur provenant d'organismes locaux, provinciaux et fédéraux, et surtout, d'un fonds d'investissement d'une société américaine de capital de risque, Asmacure a été en mesure d'accomplir ces étapes et de mener l'ASM-024 en phase clinique chez les patients atteints d'asthme et de MPOC. De nombreux contrats de recherche ont été attribués au Centre de recherche de l'IUCPQ pour la réalisation de projets de recherche fondamentale et clinique.

L'avantage de l'ASM-024 est qu'elle a un mécanisme d'action différent de celui des médicaments actuellement utilisés pour traiter l'asthme et la MPOC. L'ASM 024 pourrait donc devenir un complément important aux traitements standards de ces maladies pulmonaires obstructives.

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. En effet, plusieurs d'entre eux bénéficient chaque année d'importantes subventions ou de bourses permettant de faire progresser leurs programmes de recherche. Au cours de l'année, les subventions obtenues des IRSC ont totalisé 6 820 308 \$, soit 63,59 % des sommes provenant d'organismes subventionnaires reconnus par le FRQS.

CHAIRES DE RECHERCHE

Douze chercheurs du CRIUCPQ sont titulaires de chaires de recherche. Cela confirme le rôle du CRIUCPQ en tant que leader dans son domaine. Le 13 février dernier, le recteur de l'Université Laval, M. Denis Brière, et la vice-rectrice à la recherche et à la création, Mme Sophie D'Amours, ont annoncé, en présence du vice-président, Solutions chirurgicales à l'échelle internationale, Johnson & Johnson Medical Companies au Canada, Andy Williams, et du titulaire de la Chaire et professeur à la Faculté de médecine, le Dr Olivier Bertrand, la création de la Chaire internationale en cardiologie interventionnelle et approche transradiale. Cette chaire aura entre autres objectifs de promouvoir le développement d'un réseau international d'experts permettant l'échange d'information et l'apprentissage liés à l'approche transradiale en plus de donner la chance à nos chercheurs de faire preuve de leadership dans la création, la reconnaissance et la mise en œuvre de normes sur l'approche transradiale.



MME SOPHIE D'AMOURS, M. MICHEL DELAMARRE, DR DENIS RICHARD, DR RÉNALD BERGERON, DR OLIVIER BERTRAND, M. ANDY WILLIAMS ET M. DENIS BRIÈRE.

Photo : gracieus@l'Université Laval



LE DÉVELOPPEMENT D'INFRASTRUCTURES À LA FINE POINTE AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE



Le 7 décembre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, le D^r Réjean Hébert, autorisait l'Institut à procéder à l'élaboration des plans et des devis définitifs qui mèneront à la réalisation des travaux d'agrandissement visant la construction d'espaces de recherche clinique. Les travaux donneront naissance à une nouvelle plateforme de recherche clinique et permettront de réaliser des recherches de haute qualité sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et respiratoires, tels que l'obésité.

De plus, la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire, dirigée par le D^r Louis-Philippe Boulet, créée afin d'améliorer l'utilisation des ressources disponibles et la prestation des soins face à l'importance des maladies cardiorespiratoires au pays, a lancé un site Internet. Ce site s'adresse aux professionnels de la santé, aux personnes souffrant de maladies cardiorespiratoires ainsi qu'au grand public.

PARTENARIAT AVEC L'INDUSTRIE ET LA FONDATION

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 qui a remis 840 070 \$ dans le cadre de son concours annuel de recherche en 2012. La Direction de la recherche universitaire travaille également en partenariat avec l'industrie et avec les compagnies pharmaceutiques. Ce partenariat favorise la progression des connaissances sur de nouveaux médicaments et produits permettant au CRIUCPQ de se faire connaître pour son avant-gardisme et ses compétences en matière de recherche.

Ces travaux d'agrandissement, maintenant en cours, consistent en l'ajout d'un étage totalisant près de 2 100 m² au pavillon A0 ainsi qu'en l'aménagement d'un nouveau lien avec ascenseur vers le pavillon E8. D'une valeur totale estimée à 9 675 000 \$, ce projet pourra être réalisé grâce à un investissement de 3 190 000 \$ de la part du Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, et d'une aide financière de 6 485 000 \$ du ministère de la Santé et des Services sociaux. La livraison du chantier est prévue au printemps 2014.

De plus, en novembre 2011, le gouvernement du Québec annonçait une aide financière de plus de 20 M\$ pour la quatrième phase du plan d'agrandissement du CRIUCPQ, initiée en 2000 et totalisant près de 50 M\$. Les plans et les devis préliminaires ont été complétés; l'autorisation du Conseil du Trésor est attendue afin de poursuivre les travaux. Rappelons que 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.

→ 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.**

Notre milieu d'enseignement est très apprécié des étudiants tel que démontré par le nombre de demandes de stages et les fiches d'appréciation des stages remplies par les étudiants. Nous collaborons à l'agrément des programmes de formation en tant que milieu de stage. Nous accueillons des résidents et des externes en médecine dans seize spécialités en plus des étudiants en introduction à l'externat, des moniteurs cliniques et autres stages en médecine. De plus, nous accueillons des stagiaires de niveau universitaire, collégial et secondaire dans plusieurs disciplines de la santé.

DISTRIBUTION DES STAGES

Les prochains tableaux donnent une vision des stages effectués à l'Institut. On peut noter la diversité des stages offerts et l'augmentation des cohortes étudiantes, soit une hausse de 20 % de stagiaires et de 3 % de jours stages comparativement à l'an passé. La Direction de l'enseignement universitaire (DEU) travaille activement à optimiser la capacité d'accueil des étudiants et des secteurs de stage, en collaboration avec les directions cliniques. Dans le cadre du déploiement régional des projets pilotes en soins infirmiers, nous avons accueilli trois groupes de stagiaires de niveau collégial en cosupervision avec le Cégep Garneau dans nos secteurs ambulatoires. Cette expérience a été concluante, nous prévoyons poursuivre le projet et l'étendre à d'autres secteurs cliniques ambulatoires.

Au cours de la dernière année, en collaboration avec l'Agence et les partenaires du réseau de l'enseignement, nous avons



déployé l'application informatique HSPnet qui nous permet d'intégrer l'ensemble des stages en soins infirmiers. Des formations ont été organisées et l'ensemble des chefs d'unité et de service sont maintenant des utilisateurs actifs dans HSPnet, ce qui facilite la planification et l'organisation des stages.

En lien avec le développement d'une culture d'enseignement, des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des stagiaires et des superviseurs ont été déployés en projet pilote au cours de la dernière année. Les résultats nous ont permis de faire certains constats et de cibler différentes pistes de solution visant

à valoriser la mission d'enseignement et à améliorer l'encadrement des stages.

Nous vivons une problématique de plus en plus importante concernant la pénurie de locaux d'enseignement et d'espaces de travail sur les unités de soins et dans les services. Cette problématique est amplifiée par l'accroissement du nombre d'étudiants. La construction d'un centre du savoir avec l'aide de la Fondation de l'IUCPQ est un projet en développement, très attendu, qui nous aidera à répondre à notre besoin grandissant de salles d'enseignement.

	ÉTUDIANTS EN MÉDECINE							
	RÉSIDENTS		MOIS STAGES		EXTERNES		MOIS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Anesthésiologie	16	20	43	48	--	--	--	--
Cardiologie	86	87	304	309	20	26	17,75	26
Chirurgie cardiaque	5	4	15	9	7	9	6,25	9,5
Chirurgie générale	8	7	21	24	40	36	64,5	54,75
Chirurgie thoracique	6	8	16	16	9	9	8	8,75
Gériatrie	18	14	20	16	44	37	67,5	56,75
Infectiologie	2	2	2	2	--	--	--	--
Médecine familiale	27	30	100	127	--	--	--	--
Médecine interne	97	94	142	140	44	34	70,75	55,25
Médecine nucléaire	--	--	--	--	--	1	--	1
Pathologie	9	12	16	26	--	4	--	3,25
Pneumologie	85	87	212	202	11	23	10,5	23,5
Psychiatrie	1	2	3	7	--	--	--	--
Radiologie diagnostique	32	28	61	64	32	36	19,25	21,5
Soins intensifs chirurgie card.	8	9	13	18	--	--	--	--
Urgence	7	7	7	7	2	10	2	10,75
TOTAL	268*	267*	975	1 015	148*	148*	266,5	271

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

	ÉTUDIANTS 2 ^e ET 3 ^e EN MÉDECINE INTRODUCTION À L'EXTERNAT	
	2012-2013	2011-2012
Étudiants	38	33
Jours-présences	342	297

	MONITEURS CLINIQUES IUCPQ			
	MÉDECINS		MOIS-STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Anesthésiologie	1	2	13	13
Cardiologie	17	16	151	136
Chirurgie cardiaque	9	9	78	58
Chirurgie générale	3	1	18	12
Chirurgie thoracique	1	2	5	22
TOTAL	31	30	265	241

	AUTRES STAGES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE			
	ÉTUDIANTS		JOURS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Médecine dentaire UL	8	2	52	10
Immersion clinique UL	10	6	50	30
Stage clinique d'été UL	3	--	78	--
Stage d'observation à l'urgence UL	140	--	70	--
Stage d'observation divers	19	17	16	9
Étudiants hors réseau (externat)	4	5	95	95
TOTAL	184	30	361	144

	STAGIAIRES UNIVERSITAIRES			
	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Ergothérapie	13	13	134	79
Kinésiologie	11	12	264	322
Nutrition	18	23	645	910
Physiothérapie	23	18	189	132
Pharmacie	28	22	2 027	1 240
Sciences infirmières	161	141	2 504	2 377
Service social	2	1	108	72
Théologie	0	1	0	45
TOTAL	256	231	5 871	5 177

	STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL			
	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Archives médicales	1	0	50	0
Diététique	4	2	130	38
Inhalothérapie	57	63	955	1 089
Laboratoire médical	30	12	635	720
Médecine nucléaire	4	8	142	161
Imagerie médicale	28	24	897	1 228
Réadaptation physique	2	1	105	35
Soins infirmiers	452	368	6 432	5 697
Électrophysiologie	1	0	30	0
Stérilisation	1	3	17	29
TOTAL	580	481	9 393	8 997

	STAGIAIRES DE NIVEAU SECONDAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE			
	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Préposés aux bénéficiaires	86	95	880	913
Assistants techniques en pharmacie	7	10	105	150
Infirmières auxiliaires	40	28	626	415
Secrétaires médicales	6	3	73	36
TOTAL	139	136	1 684	1 514

	ORDRE PROFESSIONNEL			
	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
Pharmaciens	9	9	153	153

	ORIENTATION CARRIÈRE STAGE D'UN JOUR	
	2012-2013	2011-2012
Stagiaires	44	52
Jours-présences	44	47

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

L'allocation régionale a permis :

- l'acquisition d'un simulateur d'échographie cardiaque transthoracique et transoesophagien en collaboration avec le Centre Apprentiss;
- l'acquisition d'une console IMPAX en médecine nucléaire;
- l'acquisition de treize imprimantes pour les salles d'enseignement en lien avec le déploiement de GDF et de Cristal-Net;
- l'acquisition d'ameublement pour la salle d'enseignement au 4^e pavillon Est;
- l'acquisition de plusieurs volumes dédiés aux résidents et aux externes ainsi qu'en ergothérapie et physiothérapie;
- la mise à niveau de plusieurs postes informatiques dédiés à l'enseignement;
- l'augmentation du nombre de cours disponibles sur le serveur central (le Consultant) et sur Vimeo.

FAITS SAILLANTS

NOMINATIONS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET L'IUCPQ

D ^{re} Marie Arsenault	Professeur titulaire, Département de médecine (2012)
D ^r Laurent Biertho	Professeur de clinique, Département de chirurgie (2012) Directeur de programme de fellowship en chirurgie bariatrique et métabolique (2012)
D ^{re} Lise Tremblay	Directrice du programme de fellowship en oncologie thoracique (2012)
D ^r Antoine Delage	Directeur du programme de fellowship en bronchoscopie et pneumologie d'intervention (2012)
D ^r Jean-François Sarrazin	Directeur du programme de fellowship en électrophysiologie cardiaque de l'adulte (2012)
D ^r Siamak Mohammadi	Directeur du programme de fellowship en chirurgie cardiaque adulte avancée (2012)
D ^r Philippe Pibarot	Prix Yves Morin (2013) et lauréat du prix Feigenbaum (2012), American Society Echocardiography
D ^{re} Sylvie Trottier	Certificat de mérite, Association canadienne pour l'éducation médicale (2013)
D ^r Éric Larose	Professeur agrégé, Département de médecine (2013)
D ^r Steeve Provencher	Professeur agrégé, Département de médecine (2013)
D ^r Stéphane Rinfret	Professeur agrégé, Département de médecine (2013)

BILAN DE LA BIBLIOTHÈQUE

Afin de soutenir l'excellence dans la pratique des soins, l'enseignement et la recherche, la bibliothèque développe judicieusement des collections de qualité, abonnements et volumes, sur les supports les plus pertinents en conformité avec les orientations et les besoins de l'Institut.

Elle favorise les alliances avec les autres bibliothèques et mise sur ses différents partenariats pour élargir ses offres de services et maximiser l'accès à l'information scientifique au meilleur coût.

Le personnel de la bibliothèque offre conseil, assistance et formation dans le repérage de l'information, et ce, à l'ensemble de sa clientèle : professionnels, médecins, étudiants, résidents

et chercheurs. Il leur offre également des services de recherche documentaire et de fourniture de documents.

Les clientèles qui ont un statut universitaire peuvent profiter de l'accès à distance aux ressources de la bibliothèque de l'Université Laval à partir des ordinateurs sur place ou de leur ordinateur portable grâce au réseau sans fil.

BILAN DU SERVICE DE L'AUDIOVISUEL

Au cours de la dernière année, le Service de l'audiovisuel a reçu 1 491 demandes de productions médicales et paramédicales. La répartition, comparativement à l'an passé, est présentée dans le tableau ci-dessous.

DEMANDES DE PRODUCTIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

STATISTIQUES 2012-2013 COMPARATIVEMENT À 2011-2012							
ANNÉE	ENSEIGNEMENT	RECHERCHE	MÉDICAL	SOINS	ADMINISTRATION	AUTRES	TOTAL
2012-2013	27	108	956	8	382	10	1491
2011-2012	52	183	848	10	323	15	1431

Concernant les visioconférences, les différents secteurs ont été particulièrement productifs. On observe une augmentation des visioconférences, soit 111 en émission et 276 en réception, pour un total de 387 comparativement à 78 en émission et 236 en réception, soit un total de 314 l'an dernier. Le tableau ci-dessous démontre la répartition des visioconférences du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013.

RÉPARTITION DES VISIOCONFÉRENCES

STATISTIQUES 2012-2013							
ENSEIGNEMENT	RECHERCHE	FORMATION	ADMINISTRATION	TÉLÉCONSULTATIONS*		TOTAL	
				AVEC PATIENT	SANS PATIENT	ÉMISSION	RÉCEPTION
						111	276
95	13	159	41	50	29	387	

* Le nombre de cas présentés durant les téléconsultations avec et sans patient est de 162.

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.

→ 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.

POLYSOMNOGRAPHIE (CLINIQUE DU SOMMEIL)

Dans le but d'améliorer et d'optimiser l'investigation et le traitement des troubles du sommeil et de demeurer un expert dans le milieu, le laboratoire du sommeil a procédé, en juin 2012, au remplacement complet de ses équipements de polysomnographie.

La division Respironics de la compagnie Phillips Santé en collaboration avec le Service de génie biomédical de l'IUCPQ a procédé à l'installation du système d'analyse Alice 6.

L'installation du nouveau parc s'est échelonnée sur une période de deux semaines. Ce dernier est composé de six stations de travail, quatre polygraphes, quatre amplificateurs physiologiques





ainsi que de quatre caméras numériques reliées à un serveur centralisé. L'ensemble des composantes du système Alice peut être interchangeable rapidement afin de minimiser les impacts au patient dans le cas d'une défaillance électronique. Grâce à la mise en réseau, la surveillance ainsi que l'analyse des tracés physiologiques peuvent s'effectuer de n'importe quelle station de travail, offrant une plus grande flexibilité aux utilisateurs. Plus évolués que le système précédent, les périphériques intégrés de mesure de la saturation, d'analyse respiratoire et de mesure de débit nasal allient la fonction, l'efficacité à la simplicité d'utilisation.

ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

La direction de l'IUCPQ a constitué, à la fin 2012, un comité dont le mandat est de coordonner la tenue d'activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS) dans les domaines d'activités en lien avec sa mission. Ce comité a pour objectif de promouvoir une culture ÉTMIS

dans l'établissement en s'assurant de la mise en place d'un programme d'évaluation devant soutenir les gestionnaires, les cliniciens et les professionnels dans leur prise de décision, et ce, à partir de données probantes. Une entente de collaboration d'une durée de deux ans est intervenue entre l'IUCPQ et l'Unité ÉTMIS du CHU de Québec. Par cette entente, l'IUCPQ a accès à des ressources spécialisées en ÉTMIS du CHU. L'Unité ÉTMIS du CHU accompagnera le comité ÉTMIS de l'IUCPQ dans toutes les étapes de la réalisation de ses propres projets : clarification des questions d'évaluation, synthèse des connaissances, analyse et révision du produit ÉTMIS final. Le comité s'est donné comme objectif de réaliser deux projets en 2013. Le premier évaluera les interventions visant à réduire l'incidence de la néphropathie aux produits de contraste utilisés en radiologie; le second s'intéressera à la prévention des chutes chez les patients hospitalisés.

→ 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.

ORIENTATION :

ASSURER L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DISPONIBLES.

SUIVI DE L'APPLICATION DE LA LOI 100

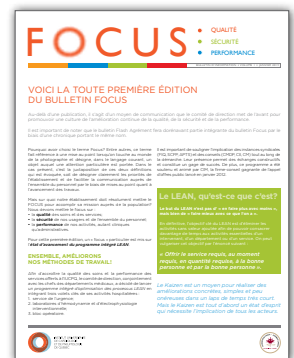
Visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette dans le cadre du discours du budget provincial, la Loi 100 vise, sur trois ans, une réduction de 10 % des dépenses administratives, de 25 % des dépenses en frais de déplacement, de publicité et de formation sur une base annuelle et une diminution de la taille des effectifs, basée sur les départs à la retraite. L'établissement a mis en œuvre des mesures 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 2012-2013, l'établissement respecte l'obligation d'une réduction des effectifs basée sur les départs à la retraite. La révision des processus et l'optimisation de l'utilisation des ressources ont permis d'atteindre une diminution des frais de publicité et de recrutement du personnel de 88 %, des frais de déplacement de 36 % et des dépenses de formation de 22 %, 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 285 000 \$. Tous les efforts sont donc maintenus en vue d'atteindre le résultat escompté. Ainsi, des travaux particuliers seront menés au cours de la prochaine année visant le respect de la cible à terme, soit le 31 mars 2014.

FOCUS

Dans le cadre de ses activités de communication, la Direction générale a lancé le bulletin FOCUS.

Pourquoi avoir choisi le terme FOCUS? En fait, ce terme a bien des significations, tant au sens figuré qu'au sens large.

Entre autres, ce terme fait référence à une mise au point lorsqu'on touche au monde de la photographie et il désigne, dans le langage courant, un objet pour lequel une attention particulière est portée. Dans le présent cas, c'est la juxtaposition de ces deux définitions qui est évoquée, soit de désigner clairement les priorités de l'établissement et de faciliter la communication auprès de l'ensemble du personnel par le biais de mises au point quant à l'avancement des travaux.



Mais sur quoi notre établissement doit-il résolument mettre le focus pour accomplir sa mission auprès de la population?

Les éléments clés sont les suivants :

- un focus sur la **qualité** des soins et des services;
- un focus sur la **sécurité** de nos usagers et de l'ensemble du personnel;
- un focus sur la **performance** de nos activités, tant cliniques qu'administratives.

Au-delà d'une publication, il s'agit d'un moyen de communication que le comité de direction met de l'avant pour promouvoir une culture de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance.

TABLEAUX DE BORD ORGANISATIONNELS

Au cours des années 2010-2011 et 2011-2012, 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 les deux dimensions suivantes :

I. QUALITÉ DES SERVICES RENDUS

- Satisfaction des clients
- Efficacité et efficience
- Accessibilité et continuité
- Sécurité et risques

2. GESTION DES RESSOURCES DISPONIBLES

- Ressources humaines
- Ressources financières

Durant l'exercice 2012-2013, le tableau de bord intégré des délais cliniques a été développé et il est également utilisé dans le cadre des travaux du comité d'orientation clinique. De plus, un tableau de bord permettant d'effectuer un suivi de la gravité clinique et du niveau d'intensité relatif des ressources utilisées (NIRRU) a été développé et il est suivi par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Amorcé en 2012-2013, le tableau de bord de la Direction des programmes (direction, programmes, unités de soins) sera complété au cours de l'année 2013-2014.

SERVICE DE L'URGENCE

Dans le cadre de l'entente de gestion 2012-2013, le Service de l'urgence a obtenu un séjour moyen sur civière de 15,32 heures et un séjour moyen sur civière de 16,92 heures pour les patients 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.

Il est important de mentionner que le manque d'effectifs médicaux, qui s'est résorbé en cours d'année, ainsi qu'une

demande importante de soins ont exigé aux équipes du service de redoubler d'efforts pour offrir les services aux patients dans des temps acceptables.

Voici les faits saillants des activités opérationnelles de l'année 2012-2013 :

- augmentation de 6,72 % du nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures ou plus sur civière;
- augmentation de 2,03 % du séjour moyen sur civière des usagers hospitalisés;
- augmentation de 4,51 % du nombre d'usagers sur civière;
- diminution de 0,86 % du nombre d'usagers en mode ambulatoire;
- diminution de 1,51 % des arrivées en ambulance;
- taux d'occupation moyen de 155,18 %.

OPTIMISATION DES PROCESSUS/ PROCESSUS LEAN



Ensemble, améliorons nos méthodes de travail!

Afin d'accroître la qualité des soins et la performance des services offerts à l'IUCPQ, le comité de direction, conjointement avec les chefs des départements médicaux, a décidé de lancer un programme intégré d'optimisation des processus LEAN en intégrant quatre volets clés de ses activités hospitalières :

1. service de l'urgence;
2. laboratoire d'hémodynamie;
3. laboratoire d'électrophysiologie interventionnelle;
4. bloc opératoire.

Il est important de spécifier l'implication des instances syndicales et des conseils professionnels (CMDP, CII, CM) tout au long de la démarche. Leur présence a permis des échanges constructifs et constituait un gage de succès.

LE LEAN, QU'EST-CE QUE C'EST?

Bien plus qu'une méthodologie de révision et d'optimisation des processus, le LEAN s'inscrit d'abord comme étant une philosophie d'entreprise visant une utilisation optimale des ressources pour obtenir les meilleurs résultats.

L'objectif clé du LEAN est d'éliminer les activités sans valeur ajoutée afin de pouvoir consacrer davantage de temps aux activités essentielles d'un intervenant, d'un département ou d'un service. On peut vulgariser cet objectif par l'énoncé suivant :

« offrir le service requis, au moment requis, en quantité requise, à la bonne personne et par la bonne personne. »

Kaizen : Le Kaizen est un moyen pour réaliser des améliorations concrètes, simples et peu onéreuses dans un laps de temps très court. Mais le Kaizen est tout d'abord un état d'esprit qui nécessite l'implication de tous les acteurs.

Pour les trois secteurs identifiés, la méthodologie d'intervention et d'implication du personnel a été la même :

1. le lancement du comité de coordination;
2. la sensibilisation aux concepts LEAN lors d'une formation (175 participants au total);
3. la tenue d'un Kaizen stratégique permettant de définir l'objectif à atteindre dans le cadre du LEAN de chaque secteur;
4. la tenue d'un Kaizen opérationnel avec des représentants des équipes touchées et des secteurs avec qui les interactions sont les plus fréquentes (moyenne de 30 personnes par Kaizen);
 - À chaque fin de journée, une présentation synthèse de 30 minutes était faite et présentée au directeur général ainsi qu'aux directeurs de l'établissement.
5. l'élaboration de plans de mise en œuvre à la suite d'une mise en priorité des initiatives identifiées dans le cadre du Kaizen opérationnel. Une fois le tout complété, des équipes de mise en œuvre ont été formées pour participer à l'implantation des initiatives retenues lors du Kaizen opérationnel.

ENTENTE DE GESTION – PERFORMANCE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION 2012-2013				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2012-2013	2011-2012	
MAIN-D'ŒUVRE				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et celui des heures travaillées	4,85 %	5,86 %	5,14 %	Le ratio d'assurance salaire est à la hausse depuis la P8 de l'exercice 2011-2012, tendance qui perdure depuis les 10 premières périodes du présent exercice. Cette hausse importante s'explique en grande partie par une augmentation du nombre de cas de cancer et de chirurgies chez nos employés. À cet égard, une analyse de nos dossiers est en cours et nous permet d'évaluer que plus de 23 cas devront se poursuivre en assurance salaire pour la prochaine année en plus des cas d'une lourdeur clinique importante qui sont recensés (ex. AVC, hernies, sclérose en plaques).
Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,20 %	4,14 %	4,65 %	La cible est atteinte.
Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	2,60 %	2,92 %	2,87 %	<p>Durant les périodes 11, 12 et 13, une augmentation importante des heures supplémentaires a été observée pour les titres d'emploi et les secteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation du nombre de chirurgies cardiaques (augmentation de 6 cas par semaine) a entraîné des taux d'occupation de près de 100 % au 3^e Soins intensifs et au 3^e pavillon Central (trajectoire de chirurgie cardiaque). L'ajout de nouvelles infirmières n'a pas été possible étant donné le temps de formation. • Nous avons eu une réduction du nombre de préposés aux bénéficiaires accompagnée d'une difficulté de recrutement pour cette catégorie d'emploi. • Dans le même ordre d'idées, le nombre de préposés à l'hygiène et salubrité a nécessité davantage d'heures travaillées dans un contexte de manque de ressources et d'accroissement de la demande de nettoyage aux fins de la prévention des infections (grippe, gastro-entérite, DACD, ERV, SARM). <p>Il est important de spécifier que nous n'utilisons aucune main-d'oeuvre indépendante au sein de notre établissement.</p> <p>Plan d'action : Le nombre de chirurgies cardiaques a été momentanément réduit pour offrir le temps nécessaire à l'unité de se stabiliser et la situation du recrutement des préposés aux bénéficiaires et à l'hygiène et salubrité est en cours.</p>

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

ENTENTE DE GESTION 2012-2013

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2012-2013	2011-2012	
SERVICE D'URGENCE				
Séjour moyen sur civière	12,00 h	15,32 h	15,4 h	<p>L'ouverture de plusieurs plateaux techniques, l'augmentation des activités reliées à nos missions tertiaires et la présence d'usagers en soins de longue durée dans nos lits de courte durée (Cf. justifications à l'indicateur 4.1.5.) ont eu un impact sur la disponibilité des lits au sein de l'établissement, entraînant du même souffle une réduction de la disponibilité de lits pouvant être utilisés pour l'urgence.</p> <p>De plus, la gestion des éclosions (grippe, gastro-entérite, DACD, etc.) ont un impact sur la disponibilité des lits.</p> <p><u>Plan d'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation des mesures du LEAN Urgence • 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) • Utilisation et suivi du plan de désengorgement des urgences (MSSS)
Pourcentage de séjour - 48 heures et plus sur civière	0,00 %	0,16 %	0,29 %	<p>L'IUCPQ obtient l'un des meilleurs résultats de la région 03 depuis maintes années à propos de cet indicateur avec un pourcentage avoisinant 0,16 % (20 usagers pour l'ensemble de l'année).</p> <p><u>Plan d'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation des mesures du LEAN Urgence • Mise en place d'un suivi systématique des patients atteignant 16 h de séjour sur civière • 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) • Utilisation et suivi du plan de désengorgement des urgences (MSSS)
Pourcentage de séjour - 24 heures et plus sur civière	15,00 %	21,70 %	20,40 %	<p>À la suite d'un changement de l'engagement fixé à 25,29 % lors de la négociation avec l'Agence pour l'année 2012-2013, la cible a été révisée à 15 % par le Ministère en cours d'année. Le manque de lits quasi chronique connu au sein de notre établissement et l'augmentation des volumes des différents plateaux techniques ne nous laissent que peu de marge de manoeuvre même si nos durées moyennes de séjour sont stables ou en régression.</p> <p><u>Plan d'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation des mesures du LEAN Urgence • Mise en place d'un suivi systématique des patients atteignant 16 h de séjour sur civière • 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) • Utilisation et suivi du plan de désengorgement des urgences (MSSS)
ACTIVITÉS CHIRURGICALES				
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	90 %	67 %	66 %	<p>Sur une base périodique, le nombre de patients hors délais représente 8 à 12 patients sur approximativement 22 patients. Fait à noter : plus de 96,4 % de nos patients sont opérés dans les 56 jours. Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à l'exercice 2011-2012 (66,3 %). Les principales causes de la non-atteinte de la cible sont les suivantes : départ d'un chirurgien thoracique; délais d'accès aux plateaux techniques (même une fois le patient médicalement prêt); manque de disponibilités de plages opératoires.</p> <p><u>Plan d'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la gestion de la liste d'attente (actuellement en cours), dans un mode de cogestion clinico-administrative et médicale • Adaptation des horaires d'ouverture du bloc opératoire LEAN Bloc opératoire • Consolidation / ajout d'une salle opératoire et ajustement des ressources • Recrutement d'un nouveau chirurgien thoracique
Pourcentage des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une autre chirurgie d'un jour	90 %	100 %	97 %	La cible est atteinte.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

ENTENTE DE GESTION 2012-2013

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2012-2013	2011-2012	
Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de un an - chirurgie d'un jour	0	0	0	La cible est atteinte.
Pourcentage des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une autre chirurgie en hospitalisation	85 %	98 %	83 %	La cible est atteinte.
Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de un an - chirurgie en hospitalisation	0	1	4	Un patient non disponible pour une chirurgie électorive en chirurgie thoracique n'a pu être traité dans le délai de 1 an.
CARDIOLOGIE TERTIAIRE				
Pourcentage des demandes de services réalisées selon les délais prescrits				
ÉLECTROPHYSIOLOGIE				
Catégorie A (entre 24 et 48 heures)	65 %	63 %	64 %	<p>Au cumulatif de la P13 de 2012-2013, nous atteignons un résultat de 62,7 %. Il s'agit d'un maintien relatif du pourcentage de procédures réalisées dans les délais prescrits de 63,6 % obtenu en 2011-2012. Il est important de noter que pour les périodes 10, 11 et 12, les pourcentages observés pour les procédures réalisées dans les délais prescrits ont oscillé entre 71 % et 77 %.</p> <p><u>Plan d'action :</u></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 financés). Le financement du plateau temporaire pour les 5 jours permettrait d'atteindre la cible proposée par l'Agence. Comme l'a mentionné l'Agence : la situation de l'EEP est connue et les solutions passent inévitablement par une augmentation du fonctionnement actuel de la 3e salle temporaire à 5 jours par semaine. L'enjeu du financement de cette salle à temps complet demeure, et nous sommes en attente d'une réponse par rapport à celui-ci, tout comme de la position ministérielle à cet égard. De plus, une démarche LEAN a été entreprise pour la gestion des laboratoires d'hémodynamie et d'électrophysiologie.
Catégorie B (entre 48 h et 3 mois)	30 %	37 %	24 %	La cible est atteinte.
HÉMODYNAMIE				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	85 %	86 %	79 %	La cible est atteinte.
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	70 %	84 %	55 %	La cible est atteinte.
CHIRURGIE CARDIAQUE				
Catégorie A (entre 24 h et 2 semaines)	90 %	86 %	90 %	<p>La cible d'accès pour la chirurgie cardiaque pour la catégorie A n'est pas atteinte pour les raisons suivantes : augmentation du nombre de patients sur la liste d'attente (augmentation du nombre de références, surspécialisation des procédures auprès de certains chirurgiens). L'ouverture de la 5e salle le jeudi et la mise en place d'un plan de contingence ont permis d'augmenter le nombre de patients traités de 90 cas par rapport à 2011-2012 (+ 4 %). Cette situation a une incidence sur le taux d'occupation des unités (presque 100 % durant la semaine) de la trajectoire de chirurgie cardiaque (3^e SI, 3^e PC), lesquelles sont utilisées au-delà de leur capacité étant donné que la moyenne du nombre de cas est passée de 38 à 44 cas de pontages et/ou de valves par semaine. L'atteinte des objectifs va nécessiter un ajustement des ressources disponibles, notamment le nombre de lits de cette trajectoire.</p>
Catégorie B (entre 1 et 3 mois)	90 %	68 %	79 %	<p>La cible d'accès pour la chirurgie cardiaque pour la catégorie B n'est pas atteinte pour les raisons suivantes : augmentation du nombre de patients sur la liste d'attente (augmentation du nombre de références, surspécialisation des procédures auprès de certains chirurgiens).</p> <p>La catégorie B, malgré un cumulatif de 68,2 % à la P13 de 2012-2013, est passée d'un pourcentage cumulatif de 51 % pour les périodes 1 à 7 du présent exercice à une augmentation significative dans les dernières périodes. À cet égard, les périodes 8, 9, 10, 11 et 12 affichent des pourcentages respectifs de 81 %, 85 %, 84 %, 79 % et 81 %. L'ouverture de la 5e salle le jeudi et la mise en place d'un plan de contingence ont permis d'augmenter le nombre de patients traités par rapport à l'exercice précédent. Cette situation a une incidence sur le taux d'occupation des unités de la trajectoire de chirurgie cardiaque (3^e SI, 3^e PC), lesquelles sont utilisées au-delà de leur capacité étant donné que la moyenne du nombre de cas est passée de 38 à 44 cas de pontages et/ou de valves par semaine. L'atteinte des objectifs va nécessiter un ajustement des ressources disponibles, notamment le nombre de lits de cette trajectoire.</p> <p>Malgré les écarts à la cible fixée, la présente stratégie a tout de même rapidement porté fruit. Pour maintenir une telle cadence, des lits supplémentaires devront être dédiés et financés au sein de la trajectoire de chirurgie cardiaque.</p>

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

ENTENTE DE GESTION 2012-2013

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2012-2013	2011-2012	
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT				
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation / orientation vers la longue durée	3	8,52	8,57	L'établissement est aux prises avec un pourcentage élevé d'usagers de 75 ans et plus atteints des maladies chroniques et susceptibles d'être déclarés en hébergement de longue durée. Bien qu'il ait revu son offre de service, le réseau faire face à un problème de capacité. Son offre en termes de lits en CHSLD, de ressources intermédiaires et de soins à domicile (capacité) est inférieure à l'augmentation de la demande qui y est associée. <u>Plan d'action :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Développement de partenariat avec la première ligne • Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) • Implication dans les travaux de la trajectoire PALV
Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	3	3,15	3,96	Nous utilisons au maximum nos 5 lits de soins palliatifs pour atteindre cette cible. Malgré cela, le nombre de patients est passé à 3,15 à la P13 de 2012-2013. Pour améliorer cette situation, une réflexion sur les critères d'accessibilité du parc de lits en soins palliatifs est nécessaire.
Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	3	1,55	1,55	La cible est atteinte.
Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3	1,83	1,87	La cible est atteinte.
Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	5,88	7,26	Nous observons une diminution du nombre de patients en attente, mais leur durée de séjour est augmentée. Les facteurs suivants expliquent l'accroissement des durées moyennes de séjour : <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a un pourcentage élevé d'usagers de 75 ans et plus atteints de maladies chroniques et susceptibles d'être déclarés en hébergement de longue durée. • Bien qu'il ait revu son offre de service, le réseau faire face à un problème de capacité. Son offre en termes de lits en CHSLD, de ressources intermédiaires et de soins à domicile (capacité) est inférieure à l'augmentation de la demande qui y est associée - il s'agit tout de même d'une amélioration par rapport à l'année 2011-2012 où l'on enregistrait un nombre de 7,26 patients. Cependant, nous sommes tributaires de la prise en charge de la première ligne en considérant que notre taux de déclarations est très bas (moins de 5 %). • Développement de partenariat avec la première ligne • Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) • Implication dans les travaux de la trajectoire PALV
Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	0,48	0,49	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	La cible est atteinte.
Taux de déclarations en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus	5,0 %	2,3 %	2,6 %	La cible est atteinte.

→ 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.

DÉPLOIEMENT DE VISION C+ À LA CLINIQUE AMBULATOIRE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dans un souci d'optimiser la qualité et la sécurité des soins en plus de favoriser la disponibilité des données nécessaires au suivi de la clientèle, le dossier clinique informatisé Vision C+ est déployé depuis le 14 janvier 2013 à la clinique ambulatoire d'insuffisance cardiaque. Implanté dans plus de 30 cliniques d'insuffisance cardiaque de la province, ce logiciel favorise la continuité des soins interprofessionnels pour les 700 insuffisants cardiaques inscrits à l'IUCPQ en plus de permettre l'accès aux données pour l'ensemble des cliniques d'insuffisance cardiaque du réseau québécois selon le consentement de l'utilisateur. De plus, Vision C+ offre des outils comme la note médicale informatisée et le carnet de santé pouvant être transmis au médecin de famille à la suite de chacune des visites.

Par ailleurs, le déploiement de Vision C+ contribue à optimiser les processus de soins en éliminant les activités à non-valeur ajoutée, notamment la double saisie relative à la mise à jour de la base de données ainsi que la tenue d'un dossier parallèle.

En marge de l'implantation, la révision de l'organisation du travail ainsi que la collaboration entre les intervenants de la clinique et ceux du Service des systèmes d'information (SSI) contribuent au succès de ce projet. La prochaine étape permettra aux urgentologues de consulter ce logiciel.

DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ

De nombreux efforts ont été investis cette année afin de poursuivre la mise en place du dossier clinique informatisé (DCI). Les travaux suivants ont été mis en œuvre :

- le déploiement de l'application Gestion des formulaires (GDF) qui permet de générer quatre codes à barre sur l'ensemble des formulaires du dossier; ce qui diminuera le temps d'indexation lors de la numérisation;
- l'accès au Dossier santé Québec (DSQ) pour les volets médicaments et laboratoires à 130 professionnels autorisés;
- les travaux d'installation et de configuration du portail clinique Cristal-Net;



- le déploiement de trois formulaires cliniques informatisés et du module résultat de Cristal-Net à l'ensemble des unités de soins, des secteurs externes et aux différents professionnels. Le déploiement s'échelonne jusqu'en juin 2013;
- la participation aux travaux régionaux de déploiement d'un formulaire ambulatoire dans le cadre du DCI ambulatoire;
- les travaux préparatoires à la mise en place du dossier patient électronique : appel d'offres pour la numérisation massive par une firme externe, appel d'offres pour l'infrastructure, discussion sur l'arborescence du dossier avec les cliniciens, modifications au calendrier de conservation.
- L'année 2013-2014 verra se concrétiser le déploiement du dossier patient électronique dans notre établissement et la poursuite du déploiement de certains formulaires informatisés dans notre DCI.

IMPLANTATION DE CRESCENDO

Dans le but d'uniformiser le processus de dictée pour tous nos médecins et nos résidents, nous avons implanté, le 12 juin 2012, le système central de dictée Crescendo pour tous les rapports des archives médicales.

Ce système est le même que celui déjà utilisé en radiologie de l'IUCPQ ainsi que dans le CHU de Québec. En ayant le même logiciel, cela facilite le travail du médecin ou du résident qui n'a qu'un seul système pour dicter ses rapports. Les dictées sont par la suite automatiquement dirigées vers le secrétariat responsable d'assurer la transcription.

De plus, l'impression des rapports se fait maintenant directement au bureau du médecin, éliminant par le fait même les délais de transport par courrier interne et assure l'acheminement rapide des rapports aux médecins référents.

À noter qu'aux archives médicales de l'IUCPQ, plus de 70 000 dictées sont effectuées chaque année et transcrites dans un délai de moins de 24 heures pour les rapports urgents et de moins d'un mois pour les rapports réguliers.



→ 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 95 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 sept ans. Depuis trois 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 DÉMONTRER NOTAMMENT LE LEADERSHIP ET LES PRATIQUES MÉDICALES INNOVATRICES RÉALISÉES. EN VOICI QUELQUES-UNES :

- Création d'une Chaire internationale en cardiologie interventionnelle et approche transradiale
- Première en Amérique du Nord : un cœur mécanique nouvelle génération sauve trois vies à l'IUCPQ



- Centre de recherche de l'Institut : 6,5 millions de dollars pour soutenir la recherche
- Le Département de pharmacie de l'Institut innove avec sa nouvelle application du Guide d'administration intraveineuse des drogues critiques
- Institut : un prix prestigieux en imagerie médicale décerné pour la première fois à un canadien
- L'Institut accueille les 93 participants du « Défi vélo Maison des greffés édition 2012 » !
- Lancement du programme « Changez d'air » du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
- Bravo aux cinq équipes de cyclistes qui ont participé au Grand Défi Pierre Lavoie et qui ont représenté l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec!
- L'Institut souligne à sa façon la Journée nationale du sport et de l'activité physique



- Pour une sixième année consécutive, le Service de l'urgence de l'Institut se classe toujours dans les premiers au Québec !

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

La soirée a eu lieu le 8 novembre 2012 au Musée national des beaux-arts du Québec. Inspirée par la tenue récente des Jeux olympiques d'été 2012, la soirée a permis de souligner le travail exceptionnel de 85 personnes provenant de l'ensemble des directions de notre organisation, dont plus de 70 étaient présentes.



ACTIONS PUBLIQUES MENÉES POUR INFORMER LA POPULATION	2012-2013	2011-2012	2010-2011
Conférences de presse tenues	6	10	10
Communiqués de presse diffusés	15	27	35
Information diffusée sur les médias sociaux : Flux RSS, Facebook, Twitter et Youtube	84	86	170
Demandes d'entrevues des médias et tournages réalisés	217	230	258
Articles recensés dans la presse écrite et numérique	178	147	151
Reportages diffusés aux bulletins de nouvelles à la radio et à la télévision, à diffusion unique (excluant les reprises)	199	188	156
Visiteurs ayant parcouru le site Internet IUCPQ.qc.ca	238 000	221 000	177 000

SOIRÉE HOMMAGE AUX BÉNÉVOLES

Afin de reconnaître l'apport indiscutable des bénévoles au sein de l'organisation, la direction a convié, le 21 novembre dernier, ses bénévoles à l'édition 2012 de la soirée hommage aux bénévoles 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 attribué à M^{me} Pauline Jean.



M^{me} NICOLE MORIN, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES, M^{me} PAULINE JEAN, RÉCIPIENDAIRE, M. MICHEL DELAMARRE, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET M^{me} MADELEINE NADEAU, PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

GALA RECONNAISSANCE



Le deuxième Gala reconnaissance s'est tenu le 24 mai 2012 au Grand Salon du pavillon Alphonse-Desjardins de l'Université Laval. L'animation de cette soirée, inspirée du jeu télévisé *Le*

Banquier, a permis de reconnaître le talent et la créativité de plusieurs employés et médecins. Plus de cent cinquante 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.

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

Les personnes en nomination étaient M. Sébastien Blais, coordonnateur – Optimisation des processus et de la performance, et M^{me} Bianka Paquet-Bolduc, responsable du programme de prévention et contrôle des infections. La personne lauréate pour cette catégorie est M^{me} Bianka Paquet-Bolduc.



M^{me} BIANKA PAQUET-BOLDOC

CATÉGORIE : ESPRIT D'ÉQUIPE ET DE COLLABORATION

Les personnes en nomination étaient M^{me} Julie Bérubé, directrice adjointe des ressources financières, M^{me} Julie Chamberland, infirmière-chef intérimaire au 4^e pavillon Central ouest et 4^e Unité coronarienne, M^{me} Lucie Goulet, assistante-chef du Service des archives médicales et des secrétariats médicaux, M^{me} Brigitte Grenier, technicienne en administration au Service des approvisionnements, M^{mes} Chantal Martineau et Roxanne Papineau, nutritionnistes, ainsi que l'équipe du programme de chirurgie bariatrique. La personne lauréate pour cette catégorie est M^{me} Julie Chamberland.

M^{me} JULIE CHAMBERLAND



CATÉGORIE : ENGAGEMENT AU QUOTIDIEN

Les personnes en nomination étaient M^{me} Isabelle Croteau, infirmière auxiliaire au 2^e pavillon Notre-Dame, M^{me} Chantal Deslauriers, agente administrative classe 3 aux consultations externes, M^{me} Lucie Goulet, assistante-chef du Service des archives médicales et des secrétariats médicaux, M. Jean Jackson, infirmier au 6^e Soins intensifs respiratoires, M. Jérôme Rousseau, président du SIIQ et infirmier clinicien au Service de l'urgence ainsi que M^{me} Manon-Pierre Vallée, technicienne en administration à la Direction des ressources humaines. Les votes étant ex aequo, les personnes lauréates pour cette catégorie sont M^{me} Chantal Deslauriers et M. Jean Jackson.



M^{me} CHANTAL DESLAURIERS ET M. JEAN JACKSON

CATÉGORIE : QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE OU PHARMACEUTIQUE

La personne lauréate de cette catégorie est le D^r Picard Marceau, chirurgien général.

D^r PICARD MARCEAU



CATÉGORIE : RECHERCHE

La personne lauréate de cette catégorie est le D^r Louis-Philippe Boulet, pneumologue.



D^r LOUIS-PHILIPPE BOULET

CATÉGORIE : ENSEIGNEMENT

La personne lauréate de cette catégorie est M^{me} Isabelle Taillon, pharmacienne.

M^{me} ISABELLE TAILLON



CATÉGORIE : PRIX D'EXCELLENCE

Les personnes en nomination étaient M^{me} Mélanie Lemelin, infirmière-chef au 2^e pavillon Notre-Dame et clinique ambulatoire de chirurgie bariatrique, M^{me} Bianka Paquet-Bolduc, responsable du programme de prévention et contrôle des infections, et M. Érik Plourde, chef de service au 3^e pavillon Central et cliniques ambulatoires de chirurgie cardiaque. Le Prix d'excellence a été remis à M. Érik Plourde.

M. ÉRIK PLOURDE



Deux mentions spéciales ont été remises. La première, pour la meilleure performance en prévention et contrôle des infections, a été décernée à l'équipe de l'Unité coronarienne et la deuxième, pour la meilleure amélioration en prévention et contrôle des infections, a été décernée à l'équipe du 4^e pavillon Central est.



L'ÉQUIPE DE L'UNITÉ CORONARIENNE



L'ÉQUIPE DU 4^e PAVILLON CENTRAL EST

PRATIQUE EXEMPLAIRE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le 19 décembre 2012, Agrément Canada a reconnu la « Procédure relative aux codes d'alertes pour les pathogènes d'acquisition nosocomiale » en tant que pratique exemplaire. Cette procédure vise à détecter le plus précocement possible et à limiter la survenue d'éclotions. Pour chacun des pathogènes concernés, deux niveaux d'alerte ont été déterminés : modérée (à risque d'éclotion) et élevée (en éclotion). Un plan d'action préventif découle de chaque niveau d'alerte, faisant intervenir de

façon rapide et concertée différents acteurs des secteurs cliniques, techniques et administratifs. Un espace virtuel réservé à la prévention et au contrôle des infections a également été créé, permettant un accès rapide et simple à l'information pertinente en lien avec les codes d'alerte locaux et régionaux. Les principales répercussions observées depuis la mise en place de cette pratique sont : une diminution de la fréquence, de la durée et de l'ampleur des éclotions, une baisse des taux d'incidence associés aux pathogènes ainsi qu'une meilleure concertation des intervenants impliqués dans la gestion des éclotions.

PRATIQUE EXEMPLAIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE

L'équipe de physiothérapie a graduellement réalisé un changement de pratique concernant le travail de fin de semaine. Le but de ce projet était d'augmenter le temps d'intervention pour chaque usager sans l'ajout de ressources durant les fins de semaine. Grâce à un meilleur ciblage de la clientèle nécessitant des soins spécifiques en physiothérapie, le travail d'un physiothérapeute sur deux a été progressivement déplacé de la fin de semaine vers la semaine afin d'augmenter les services à la clientèle. Donc, en plus d'offrir de meilleurs services aux usagers, des ressources ont pu être récupérées pour couvrir d'autres périodes d'achalandage.

Cette nouvelle organisation du travail simple, efficace et sans coûts additionnels, a reçu la mention de pratique exemplaire par Agrément Canada en novembre 2012. Elle constitue seulement la cinquième pratique exemplaire octroyée en physiothérapie par l'organisme. Celle-ci a également été présentée lors du colloque de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec en novembre dernier et a reçu énormément d'intérêt.

GUICHET DE COORDINATION DE L'INVESTIGATION EN CANCER DU POU MON

Le 30 novembre dernier, l'établissement a obtenu, de la Direction québécoise de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux, le *Prix d'excellence en organisation des services* pour son guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon (GCICP). Après avoir reçu ce premier prix, le guichet a également été reconnu comme pratique exemplaire par Agrément Canada en janvier 2013. Ces deux reconnaissances soulignent l'engagement de l'IUCPQ à la lutte contre le cancer, à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services basée sur les meilleures pratiques professionnelles ainsi qu'à la

visée d'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins et des services. Enfin, notre expertise dans le processus de mise en place d'un GCICP a été partagée avec plusieurs centres hospitaliers, leur permettant ainsi de l'adapter à leur réalité.

approche dynamique et son souci d'assurer des soins sécuritaires et de qualité à la clientèle. Dans le désir de partager son savoir et son vécu, cette infirmière parvient à inspirer les jeunes dans leur nouvelle profession.

Cette année, le comité relève a décerné cet honneur à M^{me} Mireille Pellerin, infirmière au 2^e pavillon Notre-Dame, chirurgie bariatrique.

PRIX RECONNAISSANCE LOUISE-JOBIN

M^{me} Martine Côté, infirmière clinicienne de l'équipe de consultation gériatrique, a reçu le Prix reconnaissance Louise-Jobin remis par le conseil des infirmières et infirmiers en mai 2012.

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.



M^{me} MARTINE CÔTÉ

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

En septembre dernier, à la chapelle du Musée de l'Amérique française, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (ORIIQ) a honoré les infirmières de la région lors du cocktail reconnaissance professionnelle. M^{me} Manon Pagé, infirmière au 6^e Soins intensifs respiratoires, s'est vu décerner le prix reconnaissance aux superviseuses. M^{me} Pascale Bouchard du 3^e Soins intensifs et M^{me} Catherine Tremblay de l'équipe volante, toutes deux étudiantes à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université Laval, ont reçu la bourse Denise-Lévesque-Boudreau. M. Philippe Houde du 3^e Soins intensifs et M^{me} Geneviève Parent-Racine du 6^e Soins intensifs ont reçu le Prix relève.



M^{me} CATHERINE TREMBLAY



M^{me} MANON PAGÉ

OPÉRATION « BONS COUPS »

L'établissement a mis en place un mécanisme de communication pour récolter tous les bons coups qui se font, afin d'en faire la promotion.

COMITÉ RELÈVE INFIRMIÈRE ET INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Le comité relève infirmière et infirmière auxiliaire de l'Institut attribue chaque année à une jeune infirmière et à une jeune infirmière auxiliaire de moins de cinq ans d'expérience le prix « Relève infirmière » et le prix « Relève infirmière auxiliaire » respectivement. 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 dynamisme, leur implication professionnelle auprès de la clientèle et leur désir constant d'améliorer la qualité des soins. En mai dernier, le prix « Relève infirmière » a été décerné à M^{me} Amélie Hervieux, infirmière clinicienne au 4^e pavillon Central est, en médecine cardiaque. Le prix « Relève infirmière auxiliaire » a été décerné à M^{me} Angélica Florez Perez, infirmière auxiliaire équipe volante en assignation à l'urgence.

PRIX MENTOR

Le comité relève remet chaque année le Prix mentor. Par un processus de vote par les jeunes infirmières de tous les secteurs de l'Institut, ce prix est décerné à une infirmière d'expérience qui s'est le plus démarquée par ses judicieux conseils, son

PRIX MARIE-FRANCE-THIBODEAU DÉCERNÉ À UNE ÉQUIPE DE RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES DE L'INSTITUT

Lors du congrès provincial de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le prestigieux prix Marie-France-Thibodeau de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ) a été remis à M^{me} Julie Francoeur, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, et D^{re} Maria-Cecilia



Gallani pour le projet intitulé : « Autosoins dans le contexte de l'insuffisance cardiaque ». Assorti d'une bourse de 2 000 \$, ce prix est destiné à favoriser la diffusion des résultats de ce projet de recherche en sciences infirmières qui a obtenu une bourse de 20 000 \$ de la FRESIQ.

6^e ÉDITION DE LA SOIRÉE RECONNAISSANCE ORGANISÉE PAR LA FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL – PLUSIEURS INFIRMIÈRES DE L'INSTITUT SE DISTINGUENT

PRIX SUPERVISION CLINIQUE

M^{me} Lyne Ringuette, infirmière clinicienne à la clinique d'asthme, a remporté le Prix supervision clinique au premier cycle. M^{me} Geneviève Boily, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, a remporté le Prix supervision clinique au deuxième cycle. Ce prix est décerné par la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval à des infirmières superviseuses qui jouent un rôle déterminant dans la formation pratique des étudiants.



M^{ME} LYNE RINGUETTE



M^{ME} GENEVIÈVE BOILY

M^{mes} Ringuette et Boily se démarquent parmi l'ensemble des superviseurs cliniques par leur soutien et leur engagement à la formation pratique des stagiaires infirmières.

BOURSE D'EXCELLENCE

M^{mes} Maude Jolicoeur et Annick Beaulieu ainsi que M. Alexandre Godbout ont obtenu une bourse d'excellence à l'admission, décernée par la FSI dans le cadre de leur formation d'infirmière clinicienne.



M^{ME} MAUDE JOLICOEUR



M^{ME} ANNICK BEAULIEU



M. ALEXANDRE GODBOUT

M. Michel Doré et M^{me} Catherine Tremblay ont obtenu une bourse du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, décernée dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières avec mémoire.

M. Michel Doré et M^{me} Sophie Boisvert ont obtenu une bourse de soutien à la mobilité et aux études supérieures, décernée dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières avec mémoire.



M. MICHEL DORÉ



M^{ME} SOPHIE BOISVERT

TABLEAU D'HONNEUR



M^{me} JOANIE LACHANCE

Lors du dévoilement du tableau d'honneur, M^{mes} Marina Bureau et Joanie Paquet ont reçu le Mérite académique au premier cycle dans la catégorie formation initiale. M^{me} Joanie Lachance a reçu le Mérite académique au premier cycle dans la catégorie DEC-BAC. Elles se sont qualifiées pour la collation des grades avec une moyenne cumulative égale ou supérieure à 3,805 sur 4,33.

M^{me} Catherine Tremblay a reçu le Mérite de l'engagement dans la catégorie Engagement à la vie universitaire. M^{me} Pascale Bouchard a reçu le Mérite de l'engagement dans la catégorie Engagement, contribuant à la promotion ou au développement de la profession infirmière.



M^{me} PASCALE BOUCHARD

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

L'enseignement étant au cœur de la formation infirmière, les étudiantes et les étudiants ont profité de l'édition 2012-2013 pour honorer M^{me} Maria Cecilia Gallani à titre d'enseignante de l'année. M^{me} Gallani est chercheuse clinique à l'IUCPQ et professeure de la FSI de l'Université Laval.

LA PHARMACIENNE JULIE MÉTHOT SE DISTINGUE – PRIX D'EXCELLENCE ROGER-LEBLANC 2012

M^{me} Julie Méthot s'est vue décerner le Prix d'excellence Roger-Leblanc 2012 lors du congrès annuel de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES). Ce prix est remis annuellement à un pharmacien ou à une pharmacienne afin de reconnaître l'excellence de l'ensemble de sa pratique au cours de sa carrière en établissement de santé. M^{me} Julie Méthot est pharmacienne à l'IUCPQ où elle a notamment développé le programme en pharmacie de stage spécialisé en cardiologie et elle a conclu des partenariats avec deux autres établissements de santé. Elle est également professeure adjointe

à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et auteure de nombreuses publications scientifiques. Il faut également souligner son engagement exceptionnel envers la revue *Pharmactuel* à titre de rédactrice en chef. Son apport au développement et au rayonnement de l'APES lui a valu d'être nommée « pharmacienne d'honneur » lors du congrès de clôture des fêtes du cinquantième de l'Association l'an dernier. En somme, M^{me} Méthot a remporté ce prix pour son leadership dans son domaine de pratique, ses nombreuses réalisations et son indéfectible engagement à l'avancement de la profession de pharmacien hospitalier.

PRIX ALFRED-ÉMILE-FRANCOEUR

La pharmacienne Julie Méthot est lauréate d'un prix de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval remis lors d'un gala tenu le 20 février dernier. À la suite du vote des étudiants inscrits au baccalauréat en pharmacie, M^{me} Méthot a gagné le prix Alfred-Émile-Francoeur. Par ce prix, les étudiants soulignent l'excellence de l'enseignement d'un de leurs professeurs. M^{me} Julie Méthot se démarque par son engagement et son excellence dans l'enseignement de la pharmacie.



M^{me} JULIE MÉTHOT

PRIX D'EXCELLENCE 2012 DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC (OPPQ)

Le 1^{er} décembre dernier, dans le cadre du colloque annuel, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a remis le Prix d'excellence 2012 – Thérapeute en réadaptation physique à M^{me} Geneviève Boilard. Celle-ci œuvre au sein du Service de réadaptation et elle travaille au centre de recherche de l'Institut. M^{me} Boilard est également impliquée au niveau des établissements d'enseignement, au Collège F.-X. Garneau et à l'Université Laval ainsi qu'auprès de son ordre professionnel. L'ensemble de son parcours professionnel de même que son implication au sein de différentes associations lui ont valu cette reconnaissance qui vise à souligner la contribution à l'avancement et au rayonnement de la profession.



M^{me} GENEVIÈVE BOILARD
ACCOMPAGNÉE DE M^{me} LUCIE FORGET,
PRÉSIDENTE DE L'OPPQ

PRIX D'EXCELLENCE EN SUPERVISION DE STAGIAIRES REMIS PAR L'UNIVERSITÉ LAVAL

À l'Université Laval, le 14 juin dernier, avait lieu la Journée annuelle de formation des superviseurs de stage en réadaptation. Plus de 250 cliniciens et enseignants en ergothérapie, en orthophonie et en physiothérapie étaient réunis pour cet événement. M. François Paquet, physiothérapeute, a reçu le Prix d'excellence pour la relève pour sa collaboration exceptionnelle à la supervision de stage.



M^{ME} GISÈLE BOURDEAU, COORDONNATRICE DES STAGES EN PHYSIOTHÉRAPIE, M^{ME} MADELEINE DENIS, RESPONSABLE DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE EN PHYSIOTHÉRAPIE, M. FRANÇOIS PAQUET, PHYSIOTHÉRAPEUTE RÉCIPiendaIRE, M^{ME} HÉLÈNE MOFFET, DIRECTRICE DU PROGRAMME DE PHYSIOTHÉRAPIE, M. JOËL MACOIR, ACTUEL DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE RÉADAPTATION.

LE GROUPE DE RECHERCHE EN HYPERTENSION PULMONAIRE (GRHP) REMPORTE CINQ PRIX INTERNATIONAUX

CARDIOVASCULAR SECTION RESEARCH RECOGNITION AWARD BY THE AMERICAN PHYSIOLOGY SOCIETY



M. François Potus, étudiant au doctorat en biologie cellulaire et moléculaire, a reçu ce prix très prestigieux remis cette année à seulement neuf candidats sélectionnés parmi les 108 qui ont postulé.



M. FRANÇOIS POTUS

INTERNATIONAL EARLY CAREER PHYSIOLOGIST TRAVEL AWARD – AMERICAN PHYSIOLOGICAL SOCIETY

M^{ME} Jolyane Meloche, étudiante au doctorat en médecine expérimentale, a reçu la bourse de voyage International Early Career Physiologist Travel Award de l'American Physiological Society (janvier 2013) pour la présentation de ses travaux sur le rôle de RAGE en HTAP (J Am Heart Assoc 2013).



M^{ME} JOLYANE MELOCHE

BAYER PULMONARY HYPERTENSION AWARDS PROGRAM 2013

Le Dr Sébastien Bonnet, chercheur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval et directeur de la Chaire de recherche du Canada en pathologie vasculaire, ainsi que le Dr Steeve Provencher, pneumologue et directeur du Programme d'hypertension pulmonaire et professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, ont chacun obtenu une bourse dans le cadre de ce concours international. Ces deux chercheurs ont été sélectionnés par un jury d'experts de renommée mondiale parmi une soixantaine de candidatures soumises.



DR SÉBASTIEN BONNET



DR STEEVE PROVENCHER

PRIX ENTELLIGENCE

Dans le cadre de ce programme international, dont le but est de supporter les projets de recherche de jeunes chercheurs prometteurs dans le domaine de l'hypertension pulmonaire, le GRHP a remporté une des quatre bourses Entelligence accordées en fonction du mérite scientifique, de l'originalité, de la faisabilité et de la pertinence du projet, et ce, parmi plus de 80 candidatures.

MÉDAILLE DU JUBILÉ DE DIAMANT DE LA REINE ELIZABETH II

Le Dr Jacques Rouleau, MD, CSPQ, FRCPC, FACC, a eu l'immense honneur de recevoir la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II, une distinction honorifique nationale visant notamment à reconnaître les contributions et les réalisations de Canadiennes et de Canadiens.



RENCONTRE ANNUELLE DU REGROUPEMENT STRATÉGIQUE MPOC

Trois étudiantes du Centre de recherche se sont distinguées lors de la 7^e édition de la rencontre annuelle du regroupement stratégique MPOC du Réseau en santé respiratoire du FRQS qui a eu lieu les 22 et 23 février à Québec.



M^{me} VALÉRIE COATS

M^{me} Valérie Coats, étudiante au doctorat sous la direction du Dr Didier Saey et du Dr François Maltais, a reçu le prix du Réseau en santé respiratoire pour sa présentation intitulée *Évaluation de la composition corporelle dans le cancer du poumon*.



M^{me} MARIE-ÈVE THÉRIAULT

M^{me} Marie-Ève Thériault, étudiante au doctorat sous la direction du Dr Richard Debigaré et du Dr François Maltais, a reçu le prix GlaxoSmithKline pour sa présentation intitulée *Activité des cellules satellites après un exercice en résistance chez des patients ayant une MPOC*.

Enfin, M^{me} Jolyane Meloche, étudiante au doctorat sous la supervision du Dr Sébastien Bonnet et du Dr Steeve Provencher a reçu le prix Novartis pour sa présentation intitulée *Le RAGE au cœur de l'hypertension artérielle pulmonaire*.

JOURNAL OF LEUKOCYTE BIOLOGY

Le Dr Nicolas Flamand et son équipe ont vu leur dernier article faire la première page de l'édition du mois de février du « Journal of Leukocyte Biology ».



DR NICOLAS FLAMAND

RÉUNION SCIENTIFIQUE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

À l'occasion de la 21^e Réunion scientifique annuelle de la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA), M^{me} Audrey Auclair a reçu le Prix pour communications par affiches 2013 – Niveau



Doctorat et M^{me} Marjorie Bastien a reçu la Bourse SQHA – Niveau Doctorat (1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013). Toutes deux sont étudiantes au doctorat sous la direction du D^r Paul Poirier.

PRIX ANDRÉE-BEULIEU VOLET COMMUNICATION ÉCRITE

D^{re} Vicky Drapeau a reçu, de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, le prix Andrée-Beaulieu volet « communication écrite » offert par La Capitale assurances générales pour l'article *Contrôle de l'appétit et alimentation rassasiante : mieux comprendre pour mieux intervenir*.



PRIX ACFAS – DESJARDINS-MAÎTRISE 2012

M^{me} Marie-Josée Toulouse, candidate à la maîtrise sous la supervision de D^{re} Caroline Duchaine, a remporté le prix Acfas – Desjardins-Maîtrise 2012.



BOURSE DE L'ACADÉMIE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

M. Romain Capoulade, étudiant au doctorat sous la supervision de D^r Philippe Pibarot, a obtenu une bourse « Ayez du cœur » de l'Académie de la Société canadienne de cardiologie pour sa participation au Congrès canadien cardiovasculaire.



PRIX DE LA CONFÉRENCE FEIGENBAUM

Lors du 23^e congrès de l'American Society of Echocardiography, le D^r Philippe Pibarot, chercheur à l'Institut et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les maladies valvulaires cardiaques au Département de médecine de l'Université Laval, a reçu le prestigieux prix de la Conférence Feigenbaum qui souligne la contribution exceptionnelle d'un chercheur dans le domaine de l'échocardiographie. Ce prix en imagerie médicale fut décerné pour la première fois à un Canadien.



L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE PHARMACIE DU CANADA

M^{me} Sophie Carter, candidate au doctorat sous la supervision de D^r Frédéric Picard, a reçu le prix « 2012 AFPC/RxD National Poster Award » pour la meilleure affiche de son groupe lors du congrès annuel de l'Association des facultés de pharmacie du Canada.



PRIX GRANDS DIPLÔMÉS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Lors de la 61^e cérémonie de remise des Prix Grands diplômés, le Dr Denis Richard figurait parmi les récipiendaires qui ont été honorés. Le Prix Grands diplômés, qui se traduit par la remise de la médaille Gloire de l'Escolle, rend hommage à des diplômés qui ont particulièrement fait honneur à l'Université Laval et à leur profession par leurs activités professionnelles et leur contribution à la société.



2012 CHAMPION RESEARCH AWARD AS A FUTUR CHAMPION OF GENETICS IN CANADA

Le Dr Yohan Bossé a reçu ce prix, remis par la Fondation canadienne Gene Cure, qui a pour but d'honorer le travail de chercheurs canadiens établis, mais également pour offrir appui, inspiration et encouragement à de jeunes chercheurs prometteurs.



PROFESSEUR ÉMÉRITE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Le Dr Jean Dumesnil ainsi que le Dr Marc Desmeules ont été nommés professeurs émérites de l'Université Laval. Honorifique et exceptionnel, le titre de professeur émérite est la plus haute reconnaissance que l'Université peut accorder à l'un de ses professeurs.

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 431 articles, dans les plus grandes revues internationales à caractère scientifique telles que : Lancet, New England Journal of Medicine, The Journal of the American Medical Association, Circulation, The Journal of Clinical Investigation, Journal of the American College of Cardiology, Cell, Cell Metabolism, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Journal of Allergy and Clinical Immunology, European Heart Journal, Trends in Molecular Medicine et autres.

Les chercheurs participent aussi sur une base régulière à différents congrès et colloques internationaux. Près de 300 conférences et 480 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 tels que :

- Le symposium du Québec sur les maladies valvulaires cardiaques;
- 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 ainsi que la troisième édition du symposium cœur-poumons;
- La rencontre annuelle des membres de la Chaire internationale sur le risque cardiometabolique et le congrès international sur l'obésité abdominale (tenu à Québec le 13 juillet 2012 et regroupant 500 participants de 42 pays);
- Congrès mondial de l'Association internationale d'asthme (Interasma).

Ces activités, organisées au Québec ou ailleurs dans le monde, réunissent les plus illustres chercheurs internationaux et permettent des échanges sur les études en cours ainsi que sur les nouvelles découvertes.

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.



À la direction de l'unité des soins intensifs.

Je suis le frère aîné d'un patient, M. Simon Benoit, qui a été soigné dans votre unité de soins intensifs, du 10 au 25 janvier derniers. Alors que mes parents et moi étions à son chevet dans la matinée du 12 janvier, une infirmière du nom de Mélanie, et qui était alors l'une des responsables du suivi de mon frère, nous a rigoureusement et professionnellement exposé son état de santé ainsi que le détail des soins donnés. Ses propos étaient clairs (pour le néophyte que je suis en matière de soins de santé) et appuyés sur des faits concrets. Elle me semblait tellement professionnelle et experte que j'ai d'abord cru qu'elle était médecin. Elle n'a toutefois pas fait le travail d'un médecin, n'a pas effectué de pronostic, acte ou rapport ne faisant pas partie de ses attributions, mais a fait son travail d'infirmière d'une façon remarquable. Elle n'a pas tenté de nous encourager indûment avec des mots vagues ou des phrases usuelles de soutien, mais a utilisé un vocabulaire qui nous a permis de savoir ce qui en était exactement. Je sais que cette infirmière ne faisait probablement qu'exercer son rôle, mais j'ai personnellement senti qu'elle en faisait un peu plus. À l'écouter, nous sentions la passion de son travail l'habiter et pouvions déceler un souci rigoureux et attentionné de l'évolution de l'état de santé de son patient.

Je me donne la peine de vous le signaler puisque cette rencontre constitue l'un des moments forts de notre famille dans le long processus de guérison de mon frère. Elle nous a donné, à mes parents et à moi, une dose d'énergie supplémentaire alors qu'il était dans le coma et que nous étions, de notre côté, fortement découragés. Elle nous a permis de comprendre un peu mieux cette mystérieuse maladie qui a failli l'emporter, et nous a procuré des outils pour faire face à cette épreuve.

Au moment d'écrire ces lignes, mon frère est sorti de l'hôpital. Il est toujours en convalescence et a encore du chemin à parcourir avant d'être totalement rétabli, mais la première et plus grande partie de ce chemin s'est effectué grâce à la qualité des services dispensés par votre unité, et en particulier grâce au travail remarquable de professionnels de la santé comme Mélanie. Je vous remercie des soins que vous avez si bien prodigués à l'endroit de mon frère. J'aimerais, en terminant, que vous transmettiez une copie de cette lettre à Mélanie, en guise de remerciements pour le très court, mais déterminant coup de pouce qu'elle nous a donné.

Olivier Benoit
Trois-Pistoles

À tous les membres du Service d'oncologie pulmonaire

als M^{me} Brigitte Fournier

Bonjour,

Tout comme un petit oiseau qui prend son envol, mon amie Paule Villeneuve a tiré sa révérence le 3 janvier avec toute l'élégance et la délicatesse qu'on lui connaît (...) Depuis son décès, j'ai inévitablement souvent pensé à votre équipe de travail en me remémorant plusieurs d'entre vous avec lesquels elle avait développé de si affectueux liens. En effet, la sollicitude des uns et des autres à l'égard de Paule et les soins que chacun lui a prodigués tout au long de sa maladie, furent tout à fait remarquables. Vos gestes délicats, vos sourires, votre franchise, vos paroles encourageantes et vos petites phrases teintées d'humour lui faisaient l'effet d'un baume sur son mal qui lui grugeait l'existence; elle se sentait bien entre vos mains.

Je vous présente toute ma gratitude pour votre façon d'être et de faire. Au nom des membres de sa famille et de ses amis, je vous remercie pour tous ces merveilleux et précieux moments que vous lui avez accordés et sachez qu'elle les a appréciés.

Cordialement vôtre,

Diane Barrette
Québec

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

Madame, Monsieur,

Nous prenons quelques instants pour vous faire part de notre gratitude. Le 28 novembre dernier, le docteur Jean Perron et son équipe médicale ont pris la décision de procéder à la chirurgie cardiaque de notre fille/sœur (Anne-Marie, 28 ans) malgré l'heure tardive de la journée et le nombre maximum de chirurgies déjà atteint. L'anxiété et l'insécurité de notre fille/sœur, face à cette opération aurait eu pour effet de la dissuader de revenir si la chirurgie avait été reportée au lendemain, car elle avait déjà reporté plusieurs fois la chirurgie au cours des années. Nous sommes donc très reconnaissantes de la décision, du professionnalisme et du dévouement de votre équipe. Merci beaucoup.

Monique (mère)

Amélie (sœur d'Anne-Marie)

Objet : Remerciements au D^r Steve Provencher

Je souhaite vous communiquer ma satisfaction à l'égard des soins que ma sœur Ginette Gauthier a reçus lors de son hospitalisation. Cependant, je tiens surtout à vous souligner toute la reconnaissance que ma famille et moi avons envers le docteur Steve Provencher. Il est un médecin dont on ne saurait oublier. Ces grandes qualités professionnelles et humaines ont grandement contribué à mieux accepter le décès de ma sœur. Ce sont des spécialistes comme lui qui nous rendent si fiers de nos hôpitaux. Puissiez-vous le garder au sein de votre équipe très longtemps.

Recevez mes salutations les plus sincères.

Lynda Gauthier

La Sarre, Abitibi

Au Service de soins respiratoires à domicile,

Le docteur Labrie m'a dit que je n'avais plus besoin d'oxygène. Je viens donc vous dire un gros merci pour les bons soins que vous m'avez prodigués pendant toutes ces années. Merci, merci beaucoup beaucoup! Merci à tous et celles qui se sont occupés de moi, entre autres Nathalie Breault, Styve Dupuis et Danny Drouin, Josée Lecompte, Julie Gagnon et beaucoup d'autres dont les noms m'échappent. Merci aussi aux techniciens et aux téléphonistes. Enfin tout le monde a été des plus aimables et des plus serviables. Je dois dire que le Service de soins respiratoires à domicile est le meilleur service que j'ai connu. Vous êtes formidables.

Merci encore et je prie pour vous tous.

Gérard Charbonneau, M. Afr.

Bonjour,

Ma grand-mère vient tout juste de se faire opérer à l'IUCPQ et je tenais à souligner le travail de qualité du personnel. Les infirmières et préposés du 4^e étage ainsi que ceux des soins intensifs ont offert de très bons soins en tout temps à ma grand-mère. Leur professionnalisme, leur gentillesse et leur souci du confort du patient ont su rendre cette situation difficile un peu plus facile!

Merci mille fois!

Marie-Eve Brassard

Québec

Directeur général

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Pour une deuxième fois, le personnel du PPMC a encore été fantastique. Mercredi, le 5 septembre, j'arrive au gymnase du PPMC et je me sens en fibrillation auriculaire. Je demande à un des kinésologues présents, soit Sébastien, de prendre ma pression. Ce dernier s'exécute. S'apercevant que j'avais une pression de 78 sur... , il me demande de m'allonger sur un banc. Il n'aime pas ce qui se passe.

Il m'entraîne avec lui dans un petit bureau adjacent et reprend ma pression qui atteint à ce moment là 76 sur... Il n'hésite pas un moment et téléphone à une infirmière du PPMC soit M^{me} Jacinthe Dion. Cette dernière est celle qui m'a accueilli au tout début de mon inscription au PPMC. Suite au court récit de Sébastien, M^{me} Dion se déplace immédiatement pour me rencontrer dans le bureau où j'étais. Me voyant dans un état de transpiration et de fatigue, elle décide de se rendre immédiatement à l'urgence.

Assis dans une chaise roulante et à la vitesse que M^{me} Dion la poussait, je ne voyais presque pas les murs défilés devant moi. Je me suis retrouvé allongé à l'urgence en présence d'un urgentologue avec tous les soins appropriés. Il était temps car ma pression était à 56 sur... Conduit sur une civière près du poste central, j'ai reçu par la suite l'attention d'un personnel attentif et dévoué.

Je me sentais comme dans une ruche où je voyais tout ce personnel aller de gauche à droite en s'affairant d'un patient à un autre et ce, sans jamais se tamponner malgré l'espace restreint dans lequel ces gens travaillent. Ils m'ont gardé sous observation 24 heures et ont modifié ma médication. Il faut souligner l'expertise de l'urgentologue, des infirmières et infirmiers, des préposés, des cardiologues, des techniciens, et de tous ceux qui travaillent à l'urgence.

Je veux donc remercier et féliciter tout le personnel de la grande famille de l'UCPQ qui pour la 2^e fois en 3 ans me permet de continuer à vivre en toute tranquillité sachant qu'il y a auprès de moi et auprès de nous au PPMC, une équipe formidable prête à nous donner le coup de main qui peut nous être salutaire. Merci de maintenir une équipe complète auprès de nous au PPMC.

J'espère que cette deuxième fois ne fera pas partie de l'expression « Jamais 2 sans 3 ». Je vous remercie de faire suivre ce petit mot aux gens concernés.

André Dallaire

Un message de gratitude pour vous remercier de votre gentillesse.

Un gros merci à toute l'équipe de la clinique d'apnée du sommeil pour votre gentillesse lors de mon séjour chez vous. Le traitement « CPAP » a grandement changé ma vie. Continuez votre beau travail D^r Sériès.

Nathalie Baillargeon
Sacré-Coeur

À mes magnifiques

Récemment, j'ai été hospitalisé aux 3^e et 4^e étages. Sachant que je ne pourrais retenir les noms (prénoms) de tous ceux et celles m'ayant soigné et aidé de par leur compétence, leur écoute, leur patience et leur bonne humeur, je me suis créé un club de Magnifiques. À tous ceux et celles qui se reconnaîtront ici, merci infiniment, je ne vous oublierai jamais.

Gaétan Banville

VOUS DÉSIREZ
CONSULTER LE
« RECUEIL DE
TÉMOIGNAGES
DE GRATITUDE »
COMPLET?
RENDEZ-VOUS
SUR LE SITE
INTERNET DE
L'INSTITUT.
NOUS SOU-
HAITONS 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 CLIEN-
TÈLE. C'EST AVEC
TOUTE NOTRE
RECONNAIS-
SANCE 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'acquitter 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 SENCRL dûment mandatée pour ce 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 SENCRL 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 113

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION IUCPQ



À l'intérieur d'un système de santé publique qui permet l'accès à tous sans égard à leur condition sociale ou économique, les chercheurs et les médecins québécois ont acquis une expertise et une renommée internationale extraordinaire. On ne compte plus les découvertes et les succès qui ont un impact inestimable sur la santé et sur l'avenir de nos concitoyens.

Une fondation comme la nôtre permet à ceux qui œuvrent en recherche et auprès des patients de faire plus et d'aller plus loin. Nos investissements et nos efforts permettent de soutenir l'acquisition d'équipements spécialisés, la réalisation de nouveaux programmes de recherche et l'agrandissement d'infrastructures hautement spécialisées.

Notre fondation soutient et promeut l'œuvre de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec dont la mission principale est la santé des personnes atteintes de maladies cardiorespiratoires et de maladies reliées à l'obésité.

C'est grâce aux dons généreux de la population et de nos partenaires que nous pouvons offrir cet appui. Leur contribution permet à l'Institut de prodiguer de meilleurs soins grâce, entre autres, à l'acquisition d'équipement et à la poursuite de la recherche médicale.

Je tiens à remercier les membres du conseil d'administration pour leur engagement. Leur soutien et leurs conseils stratégiques permettent non seulement à la Fondation de mieux répondre aux besoins des patients de l'Institut, mais également d'assurer le développement de projets d'une grande importance. Je veux aussi souligner la grande contribution des nombreux bénévoles qui donnent généreusement de leur temps pour la Fondation avec une grande fidélité et de leur dire toute notre reconnaissance.

En terminant, il faut également remercier les employés de la Fondation pour leur travail exceptionnel. Le dévouement de chaque membre de l'équipe est le reflet de leurs espoirs à contribuer à l'amélioration des soins et au ralentissement de la progression des maladies traitées à l'Institut.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Christian Lessard', written in a cursive style.

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

ÉVÉNEMENTS-BÉNÉFICE DE LA FONDATION

AU CŒUR DE VOS PASSIONS – 9^e ÉDITION



Sous la présidence d'honneur de M. Alex Harvey, fondateur de renommée internationale, membre du Centre national d'entraînement Pierre Harvey, membre de l'équipe nationale de ski de fond et champion du monde au relais sprint, la 9^e édition de la soirée *Au cœur de vos passions* réunissait 560 personnes pour une première fois au Centre des congrès de Québec, le 11 mai 2012.

Événement phare de la Fondation, cette soirée rassemble chaque année des gens d'affaires, des médecins, des chercheurs et des fournisseurs de l'Institut venus déguster des vins rares et prestigieux. D'ailleurs, plusieurs personnalités étaient présentes dont le Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Pierre Karl Péladeau, président et chef de la direction de Québecor et sa conjointe Mme Julie Snyder, ainsi que M. Denis Brière, recteur de l'Université Laval.

Enregistrant des profits records à chacune de ses éditions, l'événement *Au cœur de vos passions* a recueilli 208 627 \$ de profits nets cette année. Depuis 2004, c'est près d'un million de dollars qui ont été amassés afin d'aider la Fondation à soutenir l'Institut dans son développement.

BRUNCH FAMILIAL ANNUEL PRÉSENTÉ PAR DESJARDINS - 11^e ÉDITION

Le *Brunch familial annuel* de la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est l'un des événements-bénéfice incontournables de la région. Ce rendez-vous familial axé sur la santé permet aux jeunes de s'amuser, mais aussi aux plus grands d'en apprendre davantage sur la cardiologie, la pneumologie et sur le traitement de l'obésité.



C'est sous le thème de la magie et dans un tout nouvel environnement, au Hilton Québec, que s'est tenue le 18 novembre 2012 la 11^e édition du *Brunch familial annuel présenté par Desjardins*. Sous la présidence d'honneur de M. Jean-François Chalifoux, premier vice-président Assurance pour les groupes et les entreprises chez Desjardins Sécurité financière, cette activité-bénéfice réunissait près de 300 convives issus du milieu médical et du monde des affaires. Leur participation jointe à la générosité des partenaires a permis d'amasser 44 675 \$ de profits nets.

CYCLO-DÉFI DE QUÉBEC

La Fondation est fière d'avoir lancé son premier événement-bénéfice axé sur la prévention et les saines habitudes de vie. Le *Cyclo-Défi de Québec* se tenait le dimanche 19 août 2012 et a permis à 315 cyclistes de pédaler au profit de la Fondation.

Grâce à la participation de ces cyclistes, et à l'enthousiasme des partenaires, 16 412 \$ de profits nets ont pu être amassés pour cette activité prometteuse. Se retrouvaient parmi les participants autant des adeptes du vélo que des débutants qui avaient le goût de vivre l'expérience de rouler en peloton.

Les cyclistes avaient le choix entre trois parcours couvrant la région de Portneuf. Quatre pelotons roulant à des vitesses distinctes étaient encadrés par les Sentinelles de la route et escortés par la Sûreté du Québec, la police de Québec et la police militaire à certains endroits.



COMITÉ+ DES EMPLOYÉS POUR NOTRE FONDATION (C+EF)



LE COMITÉ+ DES EMPLOYÉS POUR NOTRE FONDATION SOUTIEN LA FONDATION AU MOYEN D'ACTIVITÉS ENTREPRISES ET ORGANISÉES PAR ET POUR LES EMPLOYÉS DE L'INSTITUT. IL EST FORMÉ DE MEMBRES DU PERSONNEL DE L'INSTITUT QUI ŒUVRENT BÉNÉVOLEMENT. SA MISSION EST DE PROMOUVOIR ET D'ORGANISER DES ACTIVITÉS DE FINANCEMENT AU PROFIT DE LA FONDATION; D'ÉVALUER, DE RECOMMANDER, DE SOUTENIR ET DE SUPERVISER DES PROJETS DE FINANCEMENT SOUMIS PAR DES EMPLOYÉS ET DE PROPOSER DES PROJETS À FINANCER AVEC LES SOMMES RECUEILLIES.

VOICI LES ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR LE C+EF EN 2012.



LIVRE DE RECETTES

À l'occasion du Mois de la nutrition, une équipe de nutritionnistes de l'Institut a lancé un livre de recettes intitulé *Prendre à cœur son assiette pour un corps qui respire la santé*. Cet ouvrage, dont la réalisation a été chapeauté par M^{mes} Chantal Martineau et Roxanne Papineau, toutes deux nutritionnistes cliniciennes à l'Institut, compte

75 recettes santé et de nombreux conseils pour faciliter l'adoption ou le maintien de saines habitudes alimentaires. Tous les profits réalisés grâce à la vente de ce guide santé, dont déjà 5900 \$ en 2012, seront remis à la Fondation et contribueront au financement de projets qui toucheront à la fois les usagers de l'Institut et les membres du personnel.



LES LAPINS SONT DE RETOUR

Tradition bien implantée à l'Institut, la vente de chocolats de Pâques a encore une fois été un véritable succès. Les deux journées de vente, les 22 et 23 mars 2012, et

les sous recueillis le 29 mars dans le cadre du tirage d'un chocolat géant, ont permis d'amasser plus de 2 000 \$ de profits nets.

LOTO-VOYAGES 2012

La Loto-Voyages est l'activité de mobilisation du personnel de l'Institut la plus importante. L'édition 2012 a été une réussite sur toute la ligne!

Les 13 destinations, d'une valeur totale de 31 900 \$ en ont fait rêver plus d'un. Les 800 billets, au prix de 100 \$ chacun, se

sont envolés en neuf jours! Avec ses voyages offerts aux quatre coins du monde, cette activité a permis à la Fondation d'amasser 42 823 \$ de profits nets. Félicitations aux 13 gagnants!



LES FOUS DE LA RAMPE

Plus de 750 personnes sont venues encourager la troupe de théâtre amateur de l'Institut, *Les Fous de la Rampe*, qui présentait *Les Brumes de Manchester* les 26-27 octobre et les 2-3 novembre 2012, au Théâtre de la Cité universitaire du Pavillon Palasis-Prince de l'Université Laval.



La troupe a reçu tout un cadeau à l'occasion de son 21^e anniversaire : être parrainée non seulement par le directeur artistique du Théâtre de la Bordée, M. Jacques Leblanc, mais aussi par le Théâtre lui-même.

Les Fous de la Rampe regroupent 10 comédiens dont plusieurs évoluent au sein de l'Institut. Cette année, leur démarche artistique, appuyée par Medigas et ABCP Architecture, a permis au C+EF de remettre près de 10 000 \$ à la Fondation de l'Institut.

BOURSES ET SUBVENTIONS DE RECHERCHE

CHAQUE ANNÉE, LA FONDATION LANCE AUPRÈS DES CHERCHEURS DU CENTRE DE RECHERCHE TROIS CONCOURS DE RECHERCHE. DANS LE CADRE DE CES CONCOURS, 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.

CONCOURS DE RECHERCHE EN CARDIOLOGIE

En 2012, la Fondation a remis 400 732 \$ en subventions de recherche à 22 chercheurs de l'axe cardiologie. Félicitations à Natalie Alméras, Marie Arsenault, Jonathan Beaudoin, Olivier F. Bertrand, Yohan Bossé, Patrice Brassard, Éric Charbonneau, Jacques Couet, Jean-Pierre Déry, Benoît Drolet, Jean G. Dumesnil, Maria Cecilia Gallani, Éric Larose, André Marette, Patrick Mathieu, Isabelle Nault, Philippe Pibarot, Frédéric Picard, Paul Poirier, Josep Rodès Cabau, Mario Sénéchal et Chantale Simard.

CONCOURS DE RECHERCHE EN PNEUMOLOGIE

La Fondation de l'Institut a remis une enveloppe de 264 338 \$ à l'axe de pneumologie en 2012. Douze chercheurs pourront entamer ou poursuivre leur projet de recherche. Félicitations à Ynuk Bossé, François Maltais, Richard Debigaré, Élyse Bissonnette, Frédéric Sériès, David Marsolais, Nicolas Flamand, Steve Charrette, Christian Couture, Steeve Provencher, Michel Laviolette et Marie-Renée Blanchet.

CONCOURS DE RECHERCHE EN OBÉSITÉ-MÉTABOLISME

Cette année, la Fondation de l'Institut a remis 85 000 \$ à trois chercheurs de l'axe obésité-métabolisme afin qu'ils puissent compléter leur recherche. Félicitations à Pascale Mauriège, Denis R. Joannis et Mathieu Laplante.

BIOBANQUE DU CENTRE DE RECHERCHE

La biobanque du Centre de recherche a pour mission de favoriser la recherche des axes de spécialisation de l'Institut. Historiquement, chacun des trois axes de recherche de l'Institut possédait sa banque de tissus. Dans un objectif d'efficacité, elles ont été regroupées administrativement en 2011.

Enviee par plusieurs autres centres de recherche, cette ressource constitue un levier essentiel à la recherche et permet le développement de nouvelles pistes de traitement. En déposant leurs échantillons à la biobanque, des milliers d'individus ont contribué jusqu'à maintenant à mieux comprendre les causes de certaines maladies, ce qui aide à les prévenir, les traiter et parfois même les guérir.

Cette année, la Fondation a versé 90 000 \$ à la biobanque du Centre de recherche de l'Institut.

BOURSES POSTDOCTORALES DE LA GREAT-WEST ET DE LA FINANCIÈRE LIBERTÉ 55

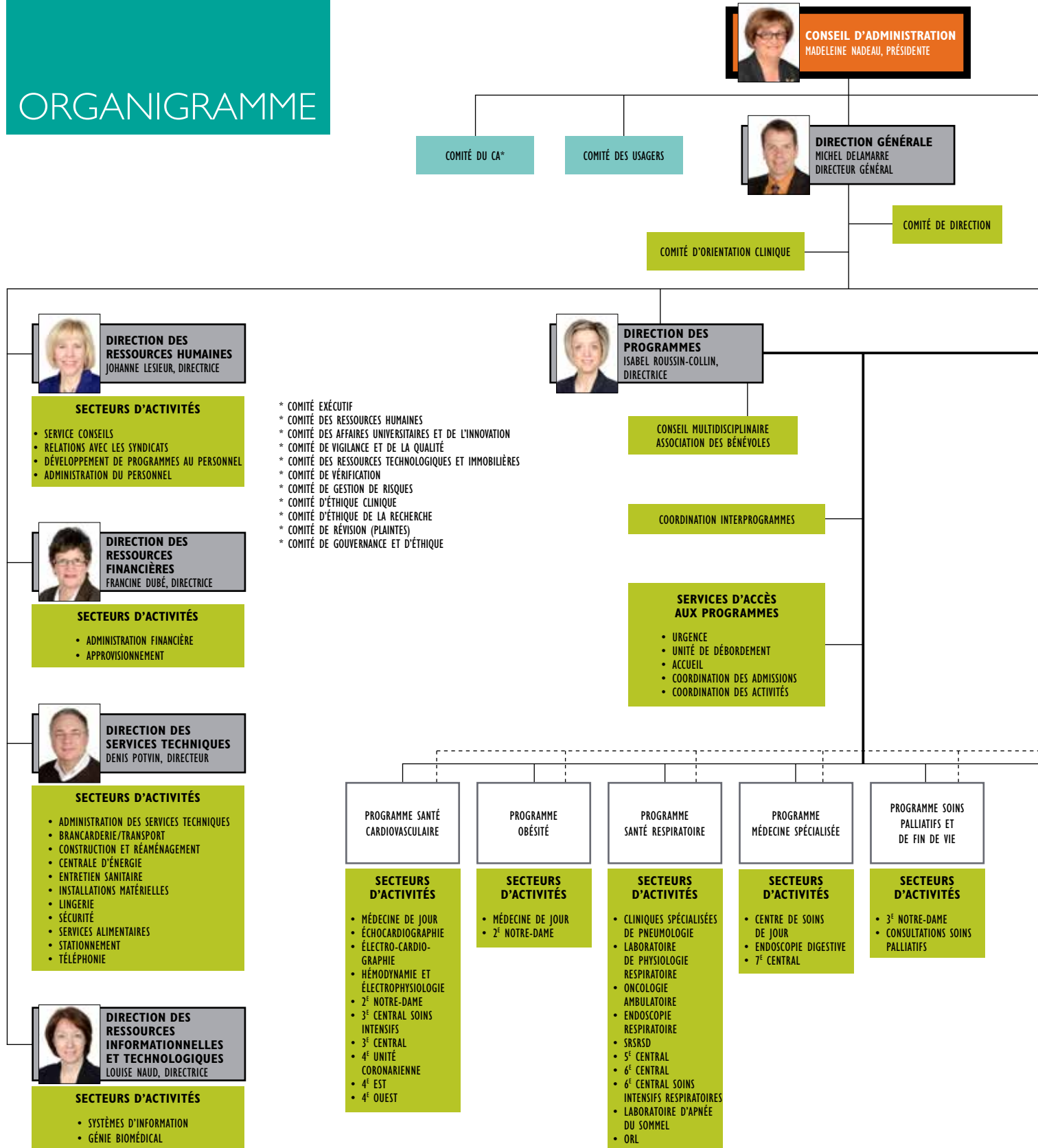
Depuis une dizaine d'années, la Great-West appuie la mission de la Fondation, laquelle donne l'occasion à des cardiologues de se perfectionner et de suivre une formation dans des centres d'expertise médicale ultraspécialisés de renom international, à l'extérieur de Québec. À la suite de leur formation, ces médecins travailleront à l'Institut, mettant ainsi leurs nouvelles compétences et expertise à profit de la région. En 2012, les D^{rs} Frédéric Jacques, chirurgien cardiaque, Jean-Michel Paradis, cardiologue, et Christian Steinberg, résident en cardiologie, ont chacun reçu une bourse de 25 000 \$.

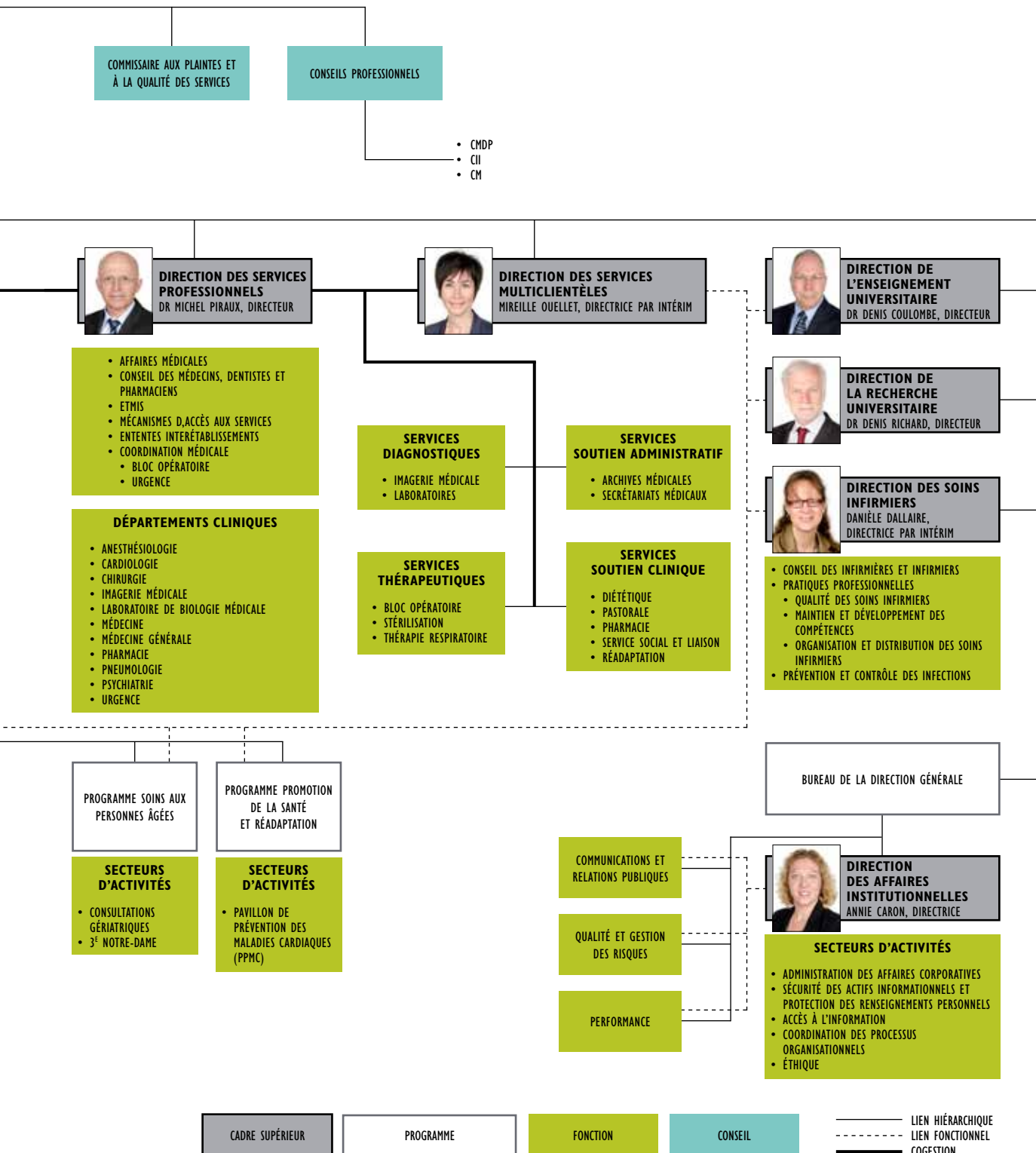
ÉTATS FINANCIERS DE LA FONDATION

BILAN Au	31 décembre 2012	31 décembre 2011
	\$	\$
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	2 982 433	4 590 698
Créances	786 233	490 706
Frais payés d'avance	42 876	39 574
Placements au coût échéant au cours du prochain exercice	70 685	70 112
Placements à la juste valeur échéant au cours du prochain exercice	406 971	142 590
	4 289 198	5 333 680
PLACEMENTS AU COÛT	37 961	43 521
PLACEMENTS À LA JUSTE VALEUR	8 232 798	6 337 385
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	35 969	39 140
	12 595 926	11 753 996
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
Dettes de fonctionnement	324 420	919 275
Apports reportés	11 700	9 715
	336 120	928 990
SOLDES DE FONDS		
Fonds d'administration générale	9 252 546	8 231 927
Fonds d'immobilisations corporelles	31 261	33 047
Fonds affectés	2 975 999	2 560 032
	12 259 806	10 825 006
	12 595 926	11 753 996

Selon le classement de l'Association des fondations d'établissement en santé au Québec (AFÉSAQ) sur les fondations les plus performantes au Québec en 2011, la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec se classe au 16^e rang sur un total de plus de 230 fondations. Au service d'un seul établissement, la Fondation est la plus performante des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches.

ORGANIGRAMME





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Monsieur **Ghalem Anani**

Collège électoral : Population

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

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

Monsieur **Bruno Piedbœuf**

Collège de désignation : Université

Madame **Audrey Pilote**

Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Marius Plante**

Collège de désignation : Comité des usagers

Madame **Jean Roy**

Collège de désignation : Cooptation

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 GOUVERNANCE ET ÉTHIQUE

M^{me} Madeleine Nadeau

Présidente

Présidente du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M^{me} Claudia Boulanger
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. Bruno Piedbœuf
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

D^r Lise Tremblay
Co-présidente
Représentante des médecins du Département
multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique

M. Patrick Careau
Co-président
Représentant des autres professionnels

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'ENSEIGNEMENT

D^r Denis Coulombe
Directeur de l'enseignement universitaire

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 GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

LA COMPOSITION DU COMITÉ

Le comité de gouvernance et d'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 au 31 mars des membres suivants :

- Madame Claudia Boulanger, présidente du comité des ressources humaines
- Monsieur Jean Brown, président du comité des ressources technologiques et immobilières
- Monsieur Michel Delamarre, directeur général
- Monsieur Laurent Després, vice-président du conseil d'administration et président du comité de vérification
- Madame Line Grisé, présidente du comité des affaires universitaires et de l'innovation
- Monsieur Gilles Kirouac, président du comité de vigilance et de la qualité
- Madame Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration

LE MANDAT DU COMITÉ

Le comité de gouvernance et d'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 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année 2012-2013, le comité de gouvernance et d'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 oeuvrant 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.
- Analyser le budget 2012-2013 et le processus budgétaire 2013-2014.

LE BILAN DES ACTIVITÉS 2012-2013 (DU 1^{ER} AVRIL 2012 AU 31 MARS 2013)

L'année 2012-2013 a été marquée par la mise en place d'un nouveau conseil d'administration et par les changements apportés à la gouvernance des établissements par l'adoption du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Parmi ces changements, on note l'obligation pour les établissements de constituer un comité de gouvernance et d'éthique. Il est à noter que l'établissement s'est doté d'un tel comité bien avant l'adoption de ce projet de loi, soit en 2009.

Au cours de l'année, le comité de gouvernance et d'éthique a tenu 7 réunions avec un taux de participation de 86 %. Au cours de ces réunions, 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 l'éthique et à la conduite des affaires de l'établissement.

GOUVERNANCE

ÉVALUATION DE LA GOUVERNANCE ET PLAN DE CONFORMITÉ AUX NORMES

Dans le cadre du processus d'agrément qui s'est déroulé en cours d'année, les membres du conseil d'administration ont complété un sondage administré par Agrément Canada portant sur la gouvernance. À partir des résultats de cette évaluation, le comité a pu établir un plan de conformité aux normes de gouvernance. L'importance accordée à établir une saine gouvernance et la mobilisation autour de la conformité aux normes ont permis d'atteindre un niveau de conformité à 100 %.

En lien avec les objectifs fixés, le comité s'est doté d'un plan de travail pour l'année 2012-2013. Parmi les actions ciblées, on note la révision du règlement no 1 ainsi que l'adoption d'un cadre conceptuel en éthique.

RÉVISION DES RÈGLEMENTS GÉNÉRAUX (RÈGLEMENT N° 1) ET MISE À JOUR DU MANDAT DES COMITÉS

Un comité ad hoc formé par le conseil d'administration a procédé à la révision du règlement n° 1 au cours de l'été 2012. Cette révision tenait compte des nouvelles dispositions de la loi s'appliquant à la gouvernance, des suggestions de l'Association québécoise d'établissements de santé (AQESSS) jugées pertinentes, des normes de gouvernance d'Agrément Canada et de certains constats qui ont été faits après trois années de fonctionnement avec la nouvelle gouvernance. La révision dudit règlement prévoyait également une mise à jour du mandat, de la composition et des règles de fonctionnements de chacun des comités institués par le conseil d'administration, particulièrement en ce qui a trait au comité de gouvernance et d'éthique et au comité de vérification. À cet égard, le comité a procédé à un examen attentif des nouvelles règles instaurées par la loi en ce qui concerne le comité de gouvernance et d'éthique et du comité de vérification. D'autre part, le comité a approuvé la constitution d'un nouveau comité, soit le comité d'éthique de l'enseignement.

Suite aux commentaires émis par le comité de gouvernance et d'éthique après examen du règlement révisé, des ajustements ont été apportés afin de bonifier le document. Sur recommandation du comité, le conseil d'administration a procédé le 11 décembre 2012 à l'adoption du règlement no 1 révisé.

REMPLACEMENT D'UN MEMBRE COOPTÉ EN PROVENANCE DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

Suite au départ d'un membre, des démarches ont été entreprises afin de permettre au conseil d'administration de procéder à la nomination d'un membre coopté issu du milieu communautaire, et ce, pour la durée non écoulée du membre sortant. Le comité a analysé la candidature reçue à cet égard, et ce, sur la base des critères de compétence déjà établis par le comité.

Le comité a fait part de sa recommandation au conseil d'administration et ce dernier a procédé à la nomination du membre concerné en date du 12 février 2013.

Au cours de la période, deux nouveaux membres ont profité d'une séance d'accueil avec le directeur général.

PLAN DE FORMATION

Le comité de gouvernance et d'éthique a donné son aval à deux sessions de formation pour les membres du conseil d'administration. L'une d'elles portait sur la gouvernance, en lien notamment avec l'arrivée des nouveaux membres, et l'autre concernait la gestion intégrée des risques.

FORMATION DU COMITÉ POUR L'ÉVALUATION DU RENDEMENT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, le conseil d'administration a procédé le 14 mai 2012 à la formation du comité pour l'évaluation du rendement du directeur général.

ÉTHIQUE

CADRE CONCEPTUEL EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

Un projet de Cadre conceptuel en matière d'éthique regroupant l'ensemble des préoccupations éthiques dans l'organisation et en lien avec les valeurs organisationnelles et la philosophie de gestion de l'établissement a fait l'objet d'une analyse du comité de gouvernance et d'éthique. Après examen, le comité a convenu d'en recommander l'adoption au conseil d'administration. Le conseil a adopté le Cadre conceptuel en matière d'éthique le 6 novembre 2012.

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.

CONDUITE DES AFFAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

PLANIFICATION STRATÉGIQUE

En 2007, l'établissement s'est doté de son tout premier plan stratégique, et ce, par le biais d'une démarche consultative d'envergure auprès de l'ensemble de ses parties prenantes internes et externes. Cette démarche a permis de définir la mission, la vision, les valeurs, les enjeux et les orientations de développement de l'établissement. Durant les cinq dernières années, cet outil de gestion a permis d'assurer une cohérence dans l'évolution de l'établissement.

Pour continuer dans ce sens, l'établissement compte se doter d'un plan stratégique triennal définissant les orientations qui permettront de réaliser sa mission universitaire de soins et de services, d'enseignement, de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

La démarche de planification stratégique a été amorcée en janvier 2013 et se poursuivra tout au long de l'année. Les objectifs poursuivis par cette démarche, les principes directeurs, l'organisation du projet et la vue d'ensemble du projet ont été présentés au comité de gouvernance et d'éthique. Ce dernier a approuvé la structure de gouvernance de la démarche de planification stratégique triennale ainsi que le calendrier de réalisation et a formulé une recommandation en ce sens au conseil d'administration. Par ailleurs, le comité a désigné trois de ses membres pour faire partie du comité directeur de la planification stratégique ainsi qu'un membre substitut. Conformément aux fonctions qui lui sont dévolues, le comité s'assurera de la continuité de la démarche.

BUDGET 2012-2013

Le comité de gouvernance a procédé à l'analyse du budget 2012-2013 et a fait une recommandation au conseil d'administration pour adoption.

PROCESSUS BUDGÉTAIRE 2013-2014

Le comité a pris connaissance du processus budgétaire pour l'exercice 2013-2014, 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.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2012-2013

L'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 a été soumise au comité qui, suite à son examen, en a recommandé l'approbation au conseil d'administration.

ENTENTE DE COLLABORATION « GRAND DÉFI ENTREPRISE »

Dans la continuité des recommandations que le comité a adressées l'année dernière à la direction concernant certains aspects à considérer dans le cadre du projet d'entente de collaboration entre l'IUCPQ et « Le Grand Défi Entreprise inc. » (GDE), le protocole d'entente a été finalisé. Après analyse dudit protocole d'entente par le comité, le document a été bonifié pour tenir compte des commentaires des membres. Le comité en a recommandé l'adoption au conseil d'administration. Ainsi, l'entente de collaboration entre le GDE et l'IUCPQ a été entérinée le 6 novembre 2012.

ENTENTE DE SERVICE EN ETMIS ENTRE LE CHU ET L'IUCPQ

La mise en place d'une structure en ETMIS (Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) à l'IUCPQ constitue un des enjeux du plan stratégique 2008-2013 de l'établissement. Afin de concrétiser la mise en œuvre de cette structure, il a été convenu au cours de l'année de s'associer au CHU de Québec dans le cadre d'une entente de partenariat pour nous permettre de disposer d'une ressource déjà formée et de profiter de l'expertise de l'équipe du CHU. Dans ce contexte, un projet d'entente en ETMIS entre le CHU et l'IUCPQ a été élaboré et celui a été soumis au comité de gouvernance et d'éthique. Le conseil d'administration a adopté cette entente le 11 décembre 2012.

PROGRAMME DE RECONNAISSANCE DE LA FONDATION

Dans le but de démontrer sa reconnaissance envers les donateurs, la Fondation de l'IUCPQ a adopté un programme de reconnaissance qui a fait l'objet d'une consultation auprès du comité de gouvernance et d'éthique. Ce dernier a fait part de ses commentaires visant à bonifier le document et a fait suivre sa recommandation au conseil d'administration. Le Programme de reconnaissance de la Fondation a été adopté le 12 février 2012.

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.

LES RECOMMANDATIONS ADRESSÉES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

- le plan de conformité aux normes de gouvernance;
- la révision du règlement no 1 et la mise à jour du mandat, de la composition et des règles de fonctionnement des comités;
- le budget 2012-2013;
- l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013;
- le processus budgétaire 2013-2014;
- la formation du comité pour l'évaluation du rendement du directeur général;
- le cadre conceptuel en matière d'éthique;
- l'entente de collaboration entre le Grand Défi Entreprise inc. et l'IUCPQ;
- l'entente de service en ETMIS entre le CHU de Québec et l'IUCPQ;
- la démarche de planification stratégique 2014-2017;
- le Programme de reconnaissance de la Fondation;
- le remplacement d'un membre coopté en provenance du milieu communautaire.

LES PERSPECTIVES POUR 2013-2014

Pour la prochaine année, le comité de gouvernance et d'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.
- Recommander pour adoption le plan stratégique 2013-2016.
- 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.
- S'assurer de l'élaboration d'une politique et d'un processus d'évaluation du directeur général.
- S'assurer de l'élaboration d'une politique d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur.
- S'assurer de la mise à jour de la politique relative à la désignation toponymique.
- 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 2013-2014 et du processus budgétaire 2014-2015.
- Examiner les règles de fonctionnement et d'éthique du conseil d'administration.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

* Les autres comités du conseil d'administration se retrouvent en annexe à la page 134

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel 2012-2013 du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le présent rapport se veut un résumé des activités, prises de décision et préoccupations du CMDP. En guise d'introduction, nous croyons pertinent de rappeler les principales responsabilités du CMDP et de son comité exécutif envers le conseil d'administration.

Le comité exécutif du CMDP doit évaluer les qualifications et la compétence de ses membres et recommander l'octroi des privilèges. Il est assisté dans cette tâche par le comité d'examen des titres. Il évalue également le maintien de la compétence.

Parmi les autres responsabilités qui sont confiées au comité exécutif par le législateur, plusieurs sont intimement liées et constituent la part la plus importante de son mandat. En résumé, il donne son avis sur les aspects de l'organisation technique et scientifique de l'établissement, les règles d'utilisation des ressources et la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et des services pharmaceutiques, secondé, dans ce cas particulier, par le comité de pharmacologie dont le rapport annuel est joint à celui de l'IUCPQ. Le comité exécutif est également responsable du contrôle et de l'appréciation de la qualité et de la pertinence de l'acte, assisté par le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique dont le rapport annuel est également annexé à celui de l'établissement.

Concrètement, pour s'assurer de la qualité et de la pertinence des soins et les évaluer, notamment par la vérification et l'observation des règles de soins, protocoles ou ordonnances collectives, le comité exécutif doit être informé, consulté et faire part de ses recommandations.

Dans le cadre de ce vaste exercice, au moment de la rédaction de ce rapport, le comité exécutif du CMDP aura tenu neuf réunions régulières.

Lors de ces réunions, le comité exécutif a, au plan de l'organisation médicale, appuyé la nomination de chefs de département

et service. Suivant l'avis du comité d'examen des titres, il a recommandé la nomination et l'octroi de privilèges à de nouveaux membres actifs pour combler des postes disponibles dans les départements et services de l'IUCPQ. Les nominations, démissions et changements de statut sont énumérés ci-dessous.

Le comité exécutif a contribué à l'utilisation appropriée des ressources et à la qualité des soins par la révision et l'approbation d'ordonnances collectives, de règles de soins et de protocoles. Il a également été consulté lors de l'élaboration de politiques et procédures concernant des sujets aussi divers que la gestion des dossiers médicaux, l'application des niveaux de soins ou l'acquisition d'équipements médicaux. Les membres de l'exécutif ont été régulièrement informés de la progression de divers dossiers comme l'implantation du dossier patient électronique ou l'utilisation d'une nouvelle feuille sommaire d'hospitalisation qui auront des répercussions importantes sur la façon de dispenser des soins, soit par la gestion de l'information ou une contribution à l'augmentation des ressources financières disponibles pour nos patients.

Les comptes rendus des réunions des comités, départements et services ont été revus, assurant ainsi la surveillance de la régularité et de la qualité de leurs activités.

Le président du comité exécutif ou son représentant, le cas échéant, ont assisté aux réunions de plusieurs comités (comité consultatif à la direction générale, comité du bloc opératoire, comité d'orientation LEAN ou comité santé et mieux-être, entre autres) et se sont joints à des groupes de travail ou de réflexion, étant ainsi informés de la gestion des activités de notre établissement. Les dossiers traités par ces divers comités ou groupes de travail ne sont généralement pas d'ordre strictement médical mais pertinents pour assurer la qualité des soins et les liens ainsi créés avec le comité exécutif sont importants. Pour ne citer que deux exemples, pensons à la planification stratégique qui vient de débiter et la visite d'Agrément Canada. Nous profitons de l'occasion pour féliciter l'équipe responsable de ce dossier et tout le personnel de l'IUCPQ pour l'obtention d'un agrément avec mention d'honneur.

En terminant, si, pour notre établissement, l'année 2012-2013 a été l'année de l'agrément, pour le comité exécutif du CMDP, l'année 2013-2014 sera marquée par la visite du Collège des médecins du Québec à l'automne 2013 et la révision du règlement cadre. Nous continuerons par ailleurs à assurer le suivi des dossiers sur lesquels nous nous sommes traditionnellement attardés.

En 2012-2013, le comité exécutif était composé des membres suivants :

D^r Jacques Villeneuve, président

D^r Bruno Raby, vice-président

M^{me} Julie Racicot, secrétaire-trésorière

D^r Simon Biron, premier conseiller

D^{re} Gabriella Albert, deuxième 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 Guy Proulx, président sortant

NOMINATIONS (JUN 2012 À MAI 2013)

Le comité exécutif a recommandé au CA les nominations suivantes :

Chefs de service et de département cliniques :

D^r Christian Couture, Service d'anatomopathologie et cytologie

D^r Michel Gingras, Service de radiologie diagnostique

D^r François Maltais, Service de pneumologie

D^r Simon Martel, Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique

D^r Michel Tessier, Service de médecine nucléaire

D^r Évens Villeneuve, Département de psychiatrie

MEMBRES ACTIFS :

D^{re} Marie-Hélène Brouillette, Département de médecine d'urgence

D^{re} Marie-Claude Giguère, Département de médecine d'urgence

D^{re} Dominique Lefavre, Département de médecine d'urgence

D^r Philippe Lévesque, Département de médecine d'urgence

D^r Steve Radermaker, Département de psychiatrie

D^{re} Geneviève Roberge, Département de médecine d'urgence

D^r Louis-Philippe Scherrer, Département d'imagerie médicale

D^{re} Paula A. Ugalde, Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique

D^r Évens Villeneuve, Département de psychiatrie

D^r Patrick Voyer, Département de médecine d'urgence

MEMBRES ASSOCIÉS :

D^{re} Nathalie Beaulieu, Département de médecine générale

D^r Arnaud Bocquier, Département de médecine d'urgence

M^{me} Isabel Desmarais-Chouinard, Département de pharmacie

D^r John Patrick O'Grady, Département de médecine d'urgence

D^r Nicolas Tremblay, Département de médecine d'urgence

MEMBRE HONORAIRE :

D^r Marc Desmeules, pneumologue

DÉMISSIONS

MEMBRES ACTIFS :

M. Louis Dumont, Département de pharmacie

D^{re} Sylvie Ferland, Département d'imagerie médicale

D^r Éric Fréchette, Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique

D^r Jacques Métras, Département multidisciplinaire de cardiologie (2014-01-01*)

D^r Louis Rousseau, Département de psychiatrie (2013-06-30*)

D^r Fernand St-Georges, Département de médecine (2013-07-31*)

* Date d'entrée en vigueur

MEMBRES ASSOCIÉS :

D^r Michel G. Bergeron, Département des laboratoires de biologie médicale et Département de médecine

D^r Patrice Deslauriers, Département d'imagerie médicale

D^r Luis Diaz de Bedoya, Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique

M. Lionel Thibault, Département de pharmacie

MEMBRES CONSEILS :

D^r Jean-Claude Côté, Département de médecine générale

D^{re} Liny Laroche, Département de médecine générale

MODIFICATIONS DE STATUT

De membre associé à membre actif :

D^{re} Michelle Bourassa, Département multidisciplinaire de cardiologie

M^{me} Joëlle Flamand-Villeneuve, Département de pharmacie

M^{me} Émilie Guérin, Département de pharmacie

M^{me} Emmanuelle Huot, Département de pharmacie

DÉCÈS

MEMBRES HONORAIRES :

D^r Alcide Mercier, radiologue – 4 juillet 2012

D^r Paul-Émile Gareau, cardiologue – 7 mai 2013

COMITÉS DU CMDP

Comité ad hoc consultatif en soins intensifs

Comité d'examen des titres

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

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

Groupe de travail ad hoc sur le recrutement des effectifs médicaux

Sous-comité des dossiers

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

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Jacques Villeneuve, M.D.

Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

LES EFFECTIFS DU CMDP

En date du 31 mars 2013

Membres actifs : 182

Médecins : 159

Pharmaciens : 22

Dentiste : 1

Membres associés : 59

Médecins : 53

Pharmaciens : 5

Dentiste : 1

Membres conseils : 47

Médecins : 45

Pharmacien : 1

Dentiste : 1

Membres honoraires : 22

Médecins : 20

Pharmaciens : 2

TOTAL : 310

PRÉSIDENTS

D^r Mathieu Simon

D^r Bruno Raby

D^{re} Sophie St-Onge

D^r François Dubé

D^r François Parent

D^{re} Joanne Provencher

D^r Mathieu Simon

D^r Jacques Villeneuve

D^{re} Christine Bourgault

D^r Jacques Villeneuve

D^r Stéphane Rioux

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

Cette année, le comité s'est réuni 4 fois soit les 22 octobre, 10 décembre, 4 février et 8 avril. Il me fait plaisir, encore cette année, de noter un haut taux de participation.

Je tiens à souligner le départ du Dr Stéphanie Cloutier qui, depuis plusieurs années, a donné son temps et son talent à ce comité. Nous la remercions pour son implication.

Lors de toutes ces réunions, notre principal objectif fut de procéder à la révision des différents comptes rendus des réunions d'études de cas de décès des différents services. Les comptes rendus étaient produits de façon conforme en majorité.

On note, encore cette année, la difficulté de procéder à une note de transfert dans le dossier des patients qui vont aux soins palliatifs.

Nous avons aussi procédé à la révision d'un dossier à la demande du CHUM.

Nous avons discuté des répercussions du dossier informatisé et nous avons reçu le Dr Ellen Tsai, membre conseil à l'ACPM, en avril dernier, qui nous a présenté ce sujet.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie 2012-2013 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

D^{re} Marie Roy, omnipraticienne de l'urgence

M^{me} Audrey Vachon, pharmacienne

Au cours de l'année 2012-2013, le comité de pharmacologie s'est réuni à quatre reprises. Au cours de l'année, neuf ordonnances collectives, dix protocoles, cinq feuilles d'ordonnance individuelle et médicale ainsi que quatre règles d'utilisation des médicaments (RUM) ont été présentés et discutés au comité de pharmacologie. Le comité a aussi étudié deux nouveaux médicaments qui ont fait l'objet d'une acceptation conditionnelle. Plusieurs documents ont aussi été révisés, mais ils ont fait l'objet de refus ou de demande de révision importante.

I. ORDONNANCES COLLECTIVES

- OC-004 : Réception à l'urgence d'un usager présentant une douleur rétrosternale (modification apportée)
- OC-027 : Gestion d'une hyperglycémie de novo en postopératoire de chirurgie cardiaque (ordonnance révisée)
- OC-090 : Arrêt temporaire de la warfarine en préopératoire de chirurgie cardiaque (ordonnance révisée)
- OC-117 : Administration de l'acétaminophène chez l'enfant à l'urgence (modification apportée)
- OC-119 : Application de gouttes ophtalmiques anesthésiantes (tétracaïne hydrochloride 0,5 %) chez un usager à l'urgence (modification apportée)
- OC-121 : Initier un lavage oculaire en cas d'exposition accidentelle à un produit irritant pour les usagers de l'urgence (modification apportée)
- OC-122 : Administration de Plan Bmd (Lévonorgestrel 0,75 mg) pour contraception orale d'urgence chez une usagère de l'urgence (ordonnance abolie)
- OC-123 : Administration de la diphenhydramine (Bénadrylmd) en présence de prurit chez un usager de l'urgence (ordonnance abolie)
- OC-155 : Gestion de la glycémie des usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure autre qu'une chirurgie ou un TEP Scan (ordonnance révisée)
- OC-166 : Test de provocation bronchique à la métacholine (ordonnance révisée)

2. PROTOCOLES

- PRO-? : Suivi postendoprothèse aortique et postchirurgie de l'aorte thoracique (protocole révisé)
- PRO-004 : Protocole diurèse insuffisante (protocole retiré)
- PRO-022 : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse de nitroglycérine (protocole révisé)
- PRO-068 : Protocole hypervolémie (protocole retiré)
- PRO-069 : Protocole hypertension artérielle systémique (protocole retiré)
- PRO-073 : Retrait des fils épicaudiques temporaires à partir du 4^e jour postopératoire de chirurgie cardiaque (protocole révisé)
- PRO-097 : Protocole d'utilisation de la bivalirudine (Angiomaxmd) lors d'une intervention coronarienne percutanée (protocole révisé)
- PRO-148 : Protocole d'hypothermie thérapeutique post-arrêt cardiorespiratoire (protocole révisé)

- PRO-I54 : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline (protocole révisé)
- PRO-I57 : Protocole d'utilisation de l'altéplase (Activasemd) en angiographie périphérique

3. FEUILLES D'ORDONNANCE

- Ordonnance individuelle standardisée – Diabète (ordonnance révisée)
- Ordonnance individuelle standardisée – Diabète périopératoire (ordonnance révisée)
- Ordonnance individuelle standardisée – Ordonnance Nutrition parentérale totale (NPT) (ordonnance révisée)
- Ordonnance individuelle standardisée – Unité coronarienne et soins progressifs 4^e Ouest – Médication et examens à l'admission (ordonnance révisée)
- Ordonnance individuelle standardisée – Traitement du délirium aux soins intensifs (ordonnance révisée)

4. RÈGLE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (RUM)

- RUM : Éplénérone (Inspramd) (nouvelle règle)
- RUM : Ézétimibe (Ézétrolmd) (règle révisée)
- RUM : Métolazone (Zaroxolynmd) (règle révisée)
- RUM : Traitement de la goutte (nouvelle règle)

5. ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

Deux médicaments acceptés **sous condition**

Pemetrexed (Alimtamd) : accepté en association avec une platine pour le traitement de première intention d'un cancer du poumon, non à petites cellules non épidermoïde, au stade avancé ou métastatique, chez les personnes qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 et pour le traitement de chimiothérapie de deuxième intention du cancer du poumon, non à petites cellules non épidermoïde, de stade avancé ou métastatique, chez les personnes non admissibles au docetaxel; dont le statut de performance selon l'ECOG est 1 à 2; qui ont reçu un doublet à base de sel de platine en première intention; qui n'ont pas reçu de pemetrexed en traitement de première intention ou en traitement d'entretien. Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie ou pour six cycles maximum.

Rivaroxaban (Xareltomd) : accepté sous condition qu'il soit réservé aux patients présentant une FA non valvulaire, avec

fonction rénale non sévèrement altérée (³ 30 ml/min) et qui ne sont pas à haut risque de saignement. Le « Guide d'utilisation du dabigatran (Pradaxmd) » élaboré conjointement avec le Département d'hématologie, devra être mis à jour rapidement pour y inclure l'utilisation du rivaroxaban (Xareltomd). La collaboration de tous les chefs de département concernés par l'utilisation des nouveaux anticoagulants oraux sera donc impérative et l'appui de l'exécutif du CMDP nécessaire.

6. AUTRES SUJETS

Certaines procédures liées à l'utilisation des médicaments ont été acceptées.

- « Procédure relative à l'ajout ou au retrait d'un médicament au formulaire de l'IUCPQ »
- « Procédure relative au programme d'autoadministration des médicaments (PAAM) »
- « Procédure relative à la gestion des médicaments apportés par les usagers les familles »
- « Procédure relative à la distribution des médicaments du programme d'accès spécial (PAS) »

Nous avons aussi révisé le tableau des antidotes nécessaires à l'IUCPQ et le tableau « Dosage plasmatique des médicaments chez l'adulte ». Une présentation sur les allergies croisées et la rédaction d'une politique sur les allergies a aussi fait l'objet de discussions.

Plusieurs avis de Santé Canada ont été discutés au cours de la dernière année, ce qui a mené à quelques interventions auprès des prescripteurs par le département de pharmacie.

CONCLUSION

Au cours de la dernière année, les membres du comité ont fait preuve d'un engagement constant lors des discussions et de l'analyse de points portés à l'ordre du jour et cela a permis la continuité des activités exigées par le mandat du comité.

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 1200 membres. Les membres du comité exécutif du CII pour l'année 2012-2013 sont :

MEMBRES ÉLUS :

- M. Sébastien Dubois, infirmier clinicien au 3e SI, président
- M^{me} Marie-Claude St-Pierre, infirmière clinicienne en chirurgie bariatrique, vice-présidente
- M^{me} Louise Michaud, infirmière clinicienne à la DSI par intérim, secrétaire (a démissionné)
- M^{me} Nancy Bécotte, infirmière clinicienne à la liaison par intérim, agente de communication
- M^{me} Valérie Brassard, infirmière clinicienne à la liaison par intérim, agente de communication
- M. Pascal Briault, infirmier clinicien au SRSRSD, agent de communication
- M^{me} Annie Julien, assistante infirmière-chef au bloc opératoire, agente de communication
- M^{me} Karine Thibault, assistante infirmière-chef au 7e PC, agente de communication

MEMBRE INVITÉ ET REPRÉSENTANT AU REGROUPEMENT 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 (retraîtée)
- M^{me} Danièle Dallaire, directrice des soins infirmiers par intérim
- M. Michel Delamarre, directeur général

MEMBRE INVITÉ :

- 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 8 réunions régulières et 9 séances de travail au cours de l'année 2012-2013, en plus de l'Assemblée générale annuelle tenue le 10 avril 2013.

Les résultats des objectifs annuels du CECII pour l'année 2012-2013 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'accréditation d'Agrément Canada. L'engagement dans l'amélioration des soins et les efforts déployés de la part de tous ont permis à l'Institut d'obtenir avec mention un taux de conformité aux normes à 93 %. Le CECII a également émis des recommandations au regard du suivi à faire auprès des équipes soignantes pour assurer la pérennité des actions entreprises. De plus, le CECII travaille en étroite collaboration avec la DSI afin de faciliter l'atteinte de la nouvelle norme de formation continue exigée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pour ce faire, il a participé à l'élaboration d'une pochette en vue de faciliter la comptabilisation des heures faites.

Par ailleurs, le CECIL examine actuellement la possibilité d'obtenir une page internet/intranet pour permettre l'accessibilité des diverses activités du CII à tous ses membres (diners cliniques, conférences, liens internet pertinents).

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

Le CECIL a soutenu la DSI, la DP et le DSM en ce qui à trait à la distribution de soins. En effet, il s'est intéressé à :

L'implantation du processus Lean à l'urgence, au bloc opératoire et en hémodynamie;

L'introduction des infirmières auxiliaires au bloc opératoire.

Par ailleurs, le CECIL participent activement aux initiatives visant la consolidation de la collaboration interprofessionnelle avec les autres conseils professionnels (CM, CMDP).

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 CECIL en 2012-2013 :

- RSI-001 Vaccination contre l'influenza saisonnière (révision).

La RSI-001 a été diffusée par DSI et mise en application lors de la campagne de vaccination 2012-2013 contre l'influenza. De plus, le CECIL a revu et approuvé cette année les documents suivants en lien avec la pratique des IPS en cardiologie et le secteur de l'insuffisance cardiaque:

Règles d'utilisation des médicaments (RUM) :

- RUM-018 Traitement de l'infection urinaire en chirurgie cardiaque
- RUM-040 Éplérénone (Inspramd)
- RUM 041 Ezetimibe (Ézetrolmd)
- RUM 042 Métolazone (Zaroxolynmd)
- RUM 043 Traitement de la goutte

L'ensemble de ces RUM ont été adoptés par le conseil d'administration de l'IUCPQ en suivi des recommandations émises par le CII et le CMDP. Ensuite, elles ont été diffusées par la Direction des soins infirmiers.

Le CECIL a également donné son avis sur différents protocoles médicaux, ordonnances collectives et méthodes de soins.

Protocoles médicaux (PRO) :

- PRO XXX Protocole d'utilisation de l'altéplase (Activasemd) en angiographie périphérique
- PRO XXX Protocole interdisciplinaire pour l'application des mesures de contrôle : contention
- PRO XXX Suivi postendoprothèse aortique et postchirurgie de l'aorte thoracique
- PRO 073 Retrait des fils épicaudiques temporaires à partir du 4^e jour postopératoire de chirurgie cardiaque
- PRO 148 Protocole d'hypothermie thérapeutique postarrêt cardiorespiratoire
- PRO 154 Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline

Ordonnances collectives (OC) :

- OC 004 Réception à l'urgence d'un usager présentant une douleur rétrosternale
- OC 005 Réception à l'urgence d'un usager polytraumatisé
- OC 007 Réception à l'urgence d'un usager présentant une hémorragie digestive soupçonnée
- OC 008 Réception à l'urgence d'un usager se présentant 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 021 Retrait d'un cathéter veineux central dans une voie jugulaire, fémorale ou sous-clavière (autre que le Swan Ganz) en postopératoire de chirurgie cardiaque
- OC 022 Retrait des agrafes et des points de suture en postopératoire de chirurgie cardiaque
- OC 028 Demande de radiographie du pied ou de la cheville chez un usager se présentant à l'urgence
- OC 077 Préparation des usagers à une procédure en électrophysiologie et surveillance postprocédure
- OC 088 Modification à l'OC 088 « Demande de consultation en ergothérapie pour la clientèle hospitalisée et ambulatoire »

- OC 117 Administration de l'acétaminophène chez l'enfant à l'urgence
- OC 118 Demander une radiographie du coude, de l'avant-bras, du poignet/main/doigts, des orteils, de la jambe ou du genou (exclusions : cheville et pied) chez un usager de l'urgence
- OC 119 Application de gouttes ophtalmiques anesthésiantes (Tétracaine hydrochloride 0,5 %) chez un usager de l'urgence
- OC 120 Demander une radiographie pulmonaire à l'urgence
- OC 121 Initier un lavage oculaire en cas d'exposition accidentelle à un produit irritant pour les usagers de l'urgence
- OC 122 Administration de Plan Bmd (Lévonorgestrel 0,75mg) pour contraception orale d'urgence chez une usagère de l'urgence
- OC 123 Administration de diphenhydramine (Benadryl^{md}) en présence de prurit chez un usager de l'urgence
- OC 124 Demander un test qualitatif de grossesse (b-HCG) pour une usagère de l'urgence
- OC 155 Gestion de la glycémie des usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure autre qu'une chirurgie³ ou en TEP Scan
- OC XXX Examens pour les clients inscrits au PPMC
- OC XXX Test de laboratoire pour dépistage de malnutrition et suivi nutritionnel à la clinique d'insuffisance rénale
- OC XXX Test de provocation bronchique à la métaboline
- OC XXX Préparation des usagers à une procédure en hémodynamie et surveillance postprocédure

Méthodes de soins :

- Rasage préchirurgical et procédure
- Préparation de la peau avec savon antiseptique (douche préchirurgicale)

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 qui ont

été abordés cette année dans le cadre des dîners cliniques :

- L'approche adaptée à la personne âgée, une approche organisationnelle (25 avril 2012)
- La gestion de la douleur en 2012 : Plus que jamais, un rôle pivot pour les infirmières (12 juin 2012)
- Le délirium chez la personne âgée (en collaboration avec le CM) (22 janvier 2013)
- Le don d'organes et de tissus (27 février 2013)
- La fibrose kystique (15 mars 2013)

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

Tout d'abord, afin de débiter la semaine des soins infirmiers, un dîner-causerie a eu lieu le 8 mai 2012, où le CECII et M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers, conviaient le personnel infirmier de l'établissement à venir rencontrer M^{me} Suzanne Durand, directrice du développement à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) concernant la norme des pratiques professionnelles ainsi que les modalités d'application dans le contexte de la formation continue. Ensuite, parmi les activités de la semaine des soins infirmiers qui ont retenu l'attention figurent :

- La tournée des unités de soins et services, pour chacun des quarts de travail, par les membres du CECII;
- La tenue de kiosques d'intérêt pour la profession infirmière ainsi que deux stations de massothérapie à la disposition des infirmières;
- Le 8 mai 2012, M^{me} Suzanne Durand, directrice du développement à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, est venue donner une conférence portant sur la norme des pratiques professionnelles ainsi que des modalités d'applications dans le contexte de formation continue.
- La tenue du Cocktail reconnaissance du CII, au cours duquel le Prix reconnaissance Louise-Jobin a été remis à M^{me} Martine Côté, infirmière clinicienne de l'équipe de consultations gériatriques. 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} Amélie Hervieux et un prix Mentor à M^{me} Mireille Pellerin. Une infirmière auxiliaire a aussi été honorée, soit M^{me} Angelica Florez-Perez.

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

Depuis 4 ans déjà, les membres de l'exécutif du CIIA : M^{mes} Carine Vézina (4^e Ouest) et Isabelle Croteau (2^e ND) travaillent en collaboration étroite avec le CEII à toutes les séances de travail précédant la réunion de l'exécutif.

7. AUTRES ACTIVITÉS DU CII

- En plus des séances de travail et des rencontres du CECII, Le président participe aux réunions du comité consultatif à la direction générale (CCDG), de la table de coordination des activités cliniques (TCAC) et du comité de démarrage d'entreprise en santé. La vice-présidente, M^{me} Marie-Claude St-Pierre, siège au comité de gestion des risques à titre de représentante du CECII et M. Pascal Briault siège, quant à lui, au comité sur le dossier clinique informatisé.
- Pour l'année 2012-2013, le CECII a également donné son avis sur les dossiers suivants :
- Procédure relative à l'entretien du matériel de soins non critique (nettoyage et désinfection)
- Procédure relative à la déclaration d'un incident ou d'un accident concernant un usager, un proche ou une tierce personne
- Procédure relative à la réalisation du bilan comparatif du médicament
- Procédure relative au Programme d'auto-administration des médicaments (PAAM)
- Procédure relative à la gestion des médicaments apportés par les usagers et les familles provenant de centres référents
- Procédure relative à l'utilisation des visioconférences incluant télésanté
- Politique relative au retraitement des dispositifs médicaux et du matériel de soins réutilisables
- Politique relative à la divulgation de l'information nécessaire à un usager et des mesures de soutien à la suite d'un accident
- Politique relative au bilan comparatif du médicament
- Révision de la politique DST-404 (DRIT-002) « Politique relative aux demandes d'acquisition et d'emprunt d'équipements médicaux spécialisés »
- Politique relative à l'utilisation des visioconférences incluant télésanté
- Politique cadre concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé, la sécurité et le mieux-être au travail

- Politique sur la gestion de l'achalandage de l'Urgence
- Politique relative aux suivis des événements, avis et alertes concernant les produits et les équipements médicaux ainsi que les médicaments
- Règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques
- Règlement relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive des politiques de transfert des usagers
- IUCPQ-5372 (12-05) Ordonnance diabète
- IUCPQ-4501A (12-05) Ordonnance diabète : périopératoire
- Création du formulaire « Ordonnance analgésie postopératoire et abolition de trois formulaires (HL-6709, HL-6710 et HL-6712)
- Cadre conceptuel en matière d'éthique
- Répartition des activités cliniques de soins infirmiers entre les membres de l'équipe
- Mandat et entente (ETMIS)

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, l'année 2012-2013 aura été 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. Sébastien Dubois
Président du conseil des infirmières et infirmiers

ADOPTÉ PAR LE CECII LE 26 MARS 2013

PRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
LE 10 AVRIL 2013

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} Noémie Bérubé, assistante-chef au laboratoire de biochimie, en remplacement de M^{me} Annie Lafontaine, technologiste médicale (vice-présidente)
- M. Serge Simard, biostatisticien (secrétaire et membre élu au conseil d'administration)
- M^{me} Cassiopée Paradis-Gagnon, coordonnatrice technique en thérapie respiratoire (représentante à la CMuR)
- M^{me} Véronique Therrien, intervenante pivot en tabagisme (agente de communication et responsable des comités de pairs), en remplacement de M^{me} Valérie Langlois, physiothérapeute
- M^{me} Julie Morisset, travailleuse sociale, 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 des programmes

RÉUNIONS

Le comité exécutif s'est réuni à quatre reprises en plus de l'assemblée générale annuelle 2011-2012 tenue le 30 mai 2012. L'assemblée générale annuelle 2012-2013 aura lieu le 29 mai 2013 avec la présentation des comités de pairs. Plus de quinze rencontres de travail se sont tenues de septembre à juin.

Présentations lors des rencontres de travail

- Dossier clinique informatisé (suivis ponctuels) par M^{me} Maryse Bernier, directrice de projets
- Audits sur l'hygiène des mains par M^{me} Bianka Paquet-Bolduc, infirmière en prévention des infections
- Politique relative aux suivis des événements, avis et alertes

concernant les produits et les équipements médicaux ainsi que les médicaments par M^{me} Nathalie Gagné, ingénieure

DOCUMENTS RECOMMANDÉS SANS OU AVEC PROPOSITIONS MINEURES

- Politique relative aux demandes d'acquisition et d'emprunts d'équipements médicaux spécialisés
- Mandat de l'ÉTMIS (évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) à titre informatif
- Procédure relative à la déclaration d'un incident ou d'un accident concernant un usager, un proche ou une tierce personne
- Politique relative à la divulgation de l'information nécessaire à un usager et des mesures de soutien à la suite d'un accident
- Procédure relative à l'entretien du matériel de soins non critiques – Politique relative au retraitement des dispositifs médicaux et du matériel de soins réutilisables
- Politique-cadre concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé, à la sécurité et au mieux-être au travail
- Règlement 18 sur les mesures de contrôle
- Protocole interdisciplinaire pour l'application des mesures de contrôle : contention
- Bilan comparatif des médicaments : politique et procédure
- Procédure relative à l'entretien du matériel de soins non critiques (nettoyage et désinfection)
- Politique relative au retraitement des dispositifs médicaux et du matériel de soins réutilisables
- Politique relative au visionnement des chirurgies à partir des caméras au bloc opératoire
- Règlement relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers
- Politique sur la gestion de l'achalandage de l'urgence

- Politique relative à l'application des niveaux de soins
- Procédure relative aux codes d'alerte pour les pathogènes nosocomiales
- Cadre conceptuel en matière d'éthique
- Projet de recherche visant la prévention des infections nosocomiales et la sécurité des patients hospitalisés à l'IUCPQ

PROTOCOLE/ORDONNANCES COLLECTIVES

Protocole d'utilisation de l'Altéplase (à titre informatif)
 Test de provocation bronchique à la métacholine (révision)
 Consultation en ergothérapie pour la clientèle hospitalisée et ambulatoire (révision)

PROJETS DES COMITÉS DE PAIRS

UN BILAN TRÈS POSITIF

L'année financière 2012-2013 était la cinquième année d'existence des comités de pairs. Un comité de pairs est un regroupement de professionnels d'une même spécialité ayant le but de maintenir et d'améliorer la qualité de leur pratique. À ce jour, 40 projets ont été présentés. Un peu plus de 1 000 heures ont été consacrées par les membres à l'atteinte de leurs objectifs d'amélioration des soins et des services. À noter que 81 % des secteurs représentés par le CM ont déjà proposé au moins un projet.

LES PROJETS RÉALISÉS EN 2012-2013

- Élaboration d'un système d'équivalents pour l'enseignement de la restriction en potassium par l'équipe de nutrition clinique
- Élaboration d'un cahier de référence pour la clientèle par l'équipe d'inhalothérapie des soins respiratoires à domicile (SRSRSD)
- Optimisation du programme de marche par l'équipe en physiothérapie
- Mise à jour des documents en cardiologie pour diminuer l'apport en sodium par l'équipe de nutrition clinique

FAITS SAILLANTS – SUIVIS SPÉCIFIQUES

L'ENJEU 5 DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2008-2013 : L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

PROJET D'OPTIMISATION DE LA TENUE DE DOSSIER PAR L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Considérant son rôle dans l'amélioration des soins et des services, le CM a proposé un projet en lien avec un dossier prioritaire de l'Institut : l'optimisation des processus. L'alourdissement de la clientèle amène une nécessité grandissante du travail en interdisciplinarité générant ainsi des changements de pratique au sein des équipes de travail. Étant à la base de toute démarche clinique, les intervenants procèdent à une collecte initiale de données par un questionnaire auprès de l'utilisateur ou par la consultation du dossier. Environ 15 % des formulaires cliniques informatisés contiennent des éléments partiels ou complets de la collecte de données initiales. La consultation de certains dossiers confirme une duplication de ces tâches; en effet, les mêmes informations sont souvent recueillies par plusieurs intervenants différents. Donc, nos méthodes de travail méritent d'être mieux adaptées à nos nouvelles pratiques cliniques. À cet effet, nous demanderons également la collaboration des autres professionnels concernés par le projet.

Les buts du projet :

- augmenter les heures de prestations de soins et de services à même les ressources existantes, en évitant la redondance dans la collecte de données initiales;
- diminuer les délais de prise en charge de la clientèle;
- diminuer les plaintes des usagers quant à la répétition des mêmes questions par les différents intervenants de l'équipe;
- abolir le recopiage d'informations issues des collectes de données de nos pairs afin de diminuer les risques d'erreur;
- alléger les formulaires informatisés par le retrait des informations dédoublées relatives à la collecte de données.

GESTION DES RISQUES – PRÉVENTION DES CHUTES

La révision du règlement relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers a été transmise au CM pour commentaires. Conformément à la stratégie en prévention des chutes, l'échelle de Morse doit être utilisée pour évaluer le risque de chute de l'utilisateur. Une cote supérieure à 45 signalera un risque élevé. Compte tenu que le contexte de l'urgence est moins adapté pour répondre aux besoins d'une clientèle à risque de chute

élevé, nous avons recommandé un transfert plus rapide de cette clientèle sur les unités de soins pour une meilleure gestion de ce risque.

LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE

Le vieillissement de la population amène de plus en plus des interventions en situation complexe, nécessitant une pratique d'équipe. À cet effet, un premier protocole interdisciplinaire a été élaboré par un comité de l'établissement. Ce format de document a été institué pour intégrer activement différents professionnels dans un dossier commun dont les besoins étaient peu répondus par les règles ou les méthodes de soins, les politiques et les procédures. Aucun canevas de protocole interdisciplinaire n'existe dans notre institut. Le CM a recommandé la révision de la politique DG-030 afin d'intégrer un canevas permettant d'uniformiser la structure de ce type de document.

INTERACTIONS AVEC NOS PARTENAIRES EXTERNES

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

La CMuR regroupe des professionnels de la région qui proviennent de différents domaines. M^{me} Cassiopée Paradis-Gagnon, membre du CM de l'IUCPQ, représente actuellement le domaine de la réadaptation et de la santé à la CMuR. Cette année, les membres de la CMuR se sont réunis à trois reprises. Une quatrième rencontre est prévue le 6 juin 2013.

Plusieurs sujets ont été traités lors des rencontres : le système « PECA », la loi 21, la collaboration interprofessionnelle. La principale réalisation de la CMuR en 2013 a été la rédaction d'un avis portant sur la révision du système régional d'admission et d'accès à l'hébergement public pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Lors de la rédaction de cet avis, les membres de la CMuR ont pu exprimer leurs valeurs auprès de la direction de l'Agence.

FORMATION

Deux membres de l'exécutif ont assisté au colloque des conseils multidisciplinaires tenu à Lévis les 15 et 16 novembre 2012. Le thème était « Le partenariat et le projet de loi 21 au cœur de nos actions ».

PERSPECTIVES D'ACTION 2013-2014

Une attention particulière sera portée à l'atteinte des objectifs suivants :

- réaliser le projet d'optimisation de la tenue de dossiers par l'équipe multidisciplinaire en collaboration avec nos partenaires;
- s'impliquer dans la planification stratégique 2013-2017;
- poursuivre notre implication au sein d'entreprise en santé, du dossier clinique informatisé, du processus d'optimisation « LEAN » et de la Commission multidisciplinaire régionale à l'Agence (CMuR);
- terminer les démarches d'intégration du personnel de la recherche;
- préciser les besoins des superviseurs de stages afin de voir si les mesures en place sont suffisantes et adaptées à la réalité des professionnels (report de l'objectif 2012-2013).

CONCLUSION

Une nouvelle étape démarre avec l'objectif de la Direction générale d'élaborer une nouvelle planification stratégique d'une durée de trois ans. Les enjeux auxquels devront faire face l'Institut seront nombreux. En lien avec nos valeurs d'établissement concernant la reconnaissance, je tiens à souligner tout le travail et les efforts réalisés par mes collègues de l'exécutif dans leur implication au sein du CM. Il est à noter que ces fonctions s'ajoutent au travail quotidien dans leurs secteurs spécifiques. Je souligne également l'implication des deux autres conseils obligatoires d'établissement, le conseil des infirmiers et infirmières (CII) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), qui ont également des rôles similaires aux nôtres.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

COMITÉ DES USAGERS (CU)

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2012-2013, le comité des usagers a tenu huit 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 2012-2013, 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 quatrième 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 participation à un colloque d'une journée sur les soins à la personne âgée.

FORMATION

Les membres du comité ont assisté à plusieurs sessions de formation données entre autres par le Conseil pour la protection des malades 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.

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 de leur part. 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. Aucun cas n'a été soumis par le comité à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au cours 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 2012-2013 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 quatrième année, la « journée du comité des usagers ». 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 neuf heures à dix-sept heures.

COLLOQUE RÉGIONAL

Conformément à son objectif de se faire connaître, le comité des usagers a organisé, en étroite collaboration avec les personnes-ressources de l'Institut, un colloque régional dont le sujet portait sur les « soins à la personne âgée ». Cette activité a connu un véritable succès de participation et le comité entend tenir un autre colloque 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 a disposé d'un budget annuel de 73 676 \$. 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 2012-2013, les dépenses courantes totalisent 73 786 \$, et un solde accumulé de 31 620 \$ demeure disponible pour utilisation future.

Au cours des dernières années, une partie du budget du comité a été offerte pour l'achat de meubles et équipements, ainsi que pour des rénovations, et ce, pour le bénéfice des usagers, conformément aux règles élargies qui ont été autorisées par le ministère. À la fin de l'année, le comité a eu des échanges avec la direction en vue de mettre en place des choses plus structurantes et davantage en lien avec les objectifs du comité.

COMPOSITION DU COMITÉ

Depuis le dernier rapport annuel, nous avons vécu le départ de monsieur Pierre Beaudet. Il a été remplacé par madame Gisèle Côté. Il y a lieu de remercier tous les membres pour leur participation assidue aux réunions et aux autres activités du comité.

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 sur la façon dont le comité fonctionne, et le taux de présence de plus de 80 % aux réunions du comité de même que la participation de tous les membres aux travaux en dehors des réunions constituent un témoignage de leur dévouement et de leur satisfaction.

Par ailleurs, comme mentionné dans le rapport annuel de l'an dernier, le comité continue de recevoir périodiquement un rapport d'étape faisant état du degré de réalisation des objectifs qu'il s'est donné en début d'année, et les membres sont très satisfaits de cette procédure.

QUELQUES STATISTIQUES

Au cours de l'année, le comité des usagers a tenu huit 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 sept cents usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité.

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, le comité de vigilance et de la qualité, et 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 des changements mineurs à ses règles de fonctionnement au cours de la dernière année. Ceux-ci visaient entre autres le processus pour les élections lors de l'assemblée annuelle des usagers et la gouvernance des sous-comités.

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 concerne le comité des usagers.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Georges Smith
Président du comité des usagers
Adopté par le comité des usagers le 2 mai 2013

* Mention exigée en vertu de la loi.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité assure auprès du conseil d'administration « 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. Afin d'actualiser son mandat, les membres du comité se sont réunis à quatre reprises. Les rencontres ont porté notamment sur :

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

À chacune de ses rencontres, le comité a reçu et a analysé le tableau-synthèse de chacun des dossiers ouverts par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (la commissaire), les tableaux de suivi des mesures et des recommandations émises par la commissaire ainsi que par le médecin examinateur afin de s'assurer de leur mise en œuvre et ainsi éviter la récurrence de certaines sources d'insatisfaction.

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

Le comité a pris connaissance à deux reprises des résultats d'analyse des événements sentinelles, événements qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences graves ou dont le caractère répétitif, même sans conséquence grave, exige une analyse approfondie. Les recommandations du comité de gestion des risques ont fait aussi l'objet d'un suivi par le comité. L'une d'elles concerne la mise en place de mécanismes de contrôle de l'application de la procédure de double identification des usagers.

DOSSIERS SUR LESQUELS LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ A EXERCÉ UN SUIVI

- Le suivi de la mise en œuvre du plan d'action concernant la double identification de l'utilisateur;
- la situation des effectifs médicaux au Service de l'urgence;
- le suivi des rapports du coroner nécessitant l'application de mesure le cas échéant;
- la préparation et le suivi de la visite d'Agrément Canada.

RÉVISION DU MANDAT DU COMITÉ DE VIGILANCE

Au cours de l'année, dans le cadre de la révision du règlement numéro 1 du conseil d'administration, les membres du comité de vigilance et de la qualité ont été appelés à réfléchir au sujet du mandat de ce comité et conséquemment, des changements ont été apportés.

RAPPORT DES ÉQUIPES QUALITÉ AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En plus des quatre rencontres régulières, le comité a tenu une journée de rencontre spéciale le 21 septembre 2012, au cours de laquelle il a rencontré les 17 équipes qualité. Lors des 30 minutes qui leur étaient accordées, les représentants des équipes devaient présenter :

- les membres de leur équipe;
- les améliorations apportées depuis la dernière visite d'Agrément Canada en 2009;
- l'état des travaux de révision des normes au cours de la dernière année;
- les résultats d'autoévaluation;
- les réalisations et les succès de l'équipe;
- les travaux de conformité aux normes en cours;
- les défis à relever;
- une pratique exemplaire, le cas échéant.

Ces présentations ont permis aux membres du comité de vigilance de constater le dynamisme des équipes qualité et l'ampleur des travaux accomplis dans le cadre de la préparation à la visite d'Agrément Canada. Également, cette journée a constitué une belle opportunité pour les membres du conseil d'administration de transmettre l'importance qu'ils accordent à la qualité et à la sécurité des soins et des services offerts.

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 est composé d'un membre du conseil d'administration qui en assure la présidence et de deux médecins de l'établissement. Ce comité a pour mandat de réviser le traitement accordé par le médecin examinateur 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, diligemment et avec équité, 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 deux demandes d'examen. Le comité a procédé à l'examen de ces plaintes et il a consulté toute la documentation disponible. Il a requis des compléments d'information, notamment auprès des archives. Ensuite, les membres du comité ont tenu deux rencontres formelles afin d'étayer leur analyse, de rencontrer les plaignants et leurs accompagnateurs ainsi que, dans un cas, le médecin traitant.

Après examen des dossiers, le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur à l'effet que les médecins qui ont prodigué les soins aux usagers concernés n'ont pas erré dans leur jugement et qu'ils se sont acquittés de leurs responsabilités avec compétence et diligence.

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 leurs plaintes. 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.

ÉVOLUTION DES DEMANDES REÇUES DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL 2009

STATUT	REÇUES EN 2009-2010	REÇUES EN 2010-2011	REÇUES EN 2011-2012	REÇUES EN 2012-2013	VARIATION AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	VARIATION DEPUIS 2009
ASSISTANCES INTERVENTIONS CONSULTATIONS	61	50	46	47	1 ↑ = 2 %	14 ↓ = 23 %
PLAINTES	73	104	96	132	36 ↑ = 38 %	59 ↑ = 81 %
TOTAL	134	154	142	179	37 ↑ = 26 %	45 ↑ = 34 %

Les demandes reçues cette année ont augmenté de 26 % par rapport à l'année dernière, soit une augmentation de 38 % des plaintes et de 2 % des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention. Les demandes reçues entre 2009-2010 et 2012-2013 ont augmenté de 34 % en considérant une diminution de 23 % des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention.

La commissaire locale a assuré un suivi auprès de sept usagers pour lesquels l'insatisfaction justifiait l'ouverture d'un dossier d'assistance ou de plainte en provenance de la Direction générale. Par ailleurs, dans cinq dossiers, les usagers ont été assistés par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).

Parmi les 179 demandes reçues :

- 74 % ont été formulées sous forme de plainte;
- 23 % sous forme d'assistance, à la demande de l'utilisateur qui souhaite obtenir de l'aide concernant un soin ou un service, ou de l'assistance à la formulation d'une plainte;
- 1 % 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 l'attention de la commissaire pour laquelle elle avait des motifs raisonnables de croire que les droits de l'utilisateur 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	7	85	92	79	13
MÉDECIN EXAMINATEUR	9	47	56	48	8
TOTAL	16	132	148	127	21

La commissaire locale a ouvert 132 dossiers de plaintes. Elle en a traité 85 et en a transféré 47 au médecin examinateur, comparativement à 96 plaintes ouvertes en 2011-2012, dont 68 avaient été traitées par la commissaire locale et 28 avaient été transférées au médecin examinateur.

OBJETS DE PLAINTES

CATÉGORIE D'OBJETS	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
RELATIONS INTERPERSONNELLES	29	27 %	19	37 %
ORGANISATION DU MILIEU	24	23 %	1	2 %
ACCESSIBILITÉ	24	23 %	22	43 %
SOINS ET SERVICES	13	12 %	5	10 %
DROITS PARTICULIERS	10	9 %	3	6 %
ASPECT FINANCIER	4	4 %	1	2 %
AUTRES	2	2 %	-	-
TOTAL	106	100 %	51	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. les soins et les 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;
4. l'accessibilité qui concerne les délais au Service de l'urgence ainsi que pour obtenir des résultats d'imagerie médicale et de laboratoires;
5. les droits particuliers.

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

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

DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Le délai de traitement de 45 jours prévu par la loi a été respecté dans 77 % des dossiers traités par la commissaire locale aux plaintes, comparativement à 91 % en 2011-2012. Le délai moyen de traitement des plaintes conclues par celle-ci se situe à 37 jours, comparativement à 21 jours en 2011-2012. Le nombre plus élevé de plaintes déposées au cours de l'année peut expliquer en partie les résultats obtenus.

	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013
DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES PLAINTES	21 jours	37 jours	68 jours	41 jours
POURCENTAGE DE PLAINTES TRAITÉES DANS UN DÉLAI DE 45 JOURS	91 %	77 %	35 %	50 %

L'implication de toutes les personnes concernées a permis d'actualiser des mesures correctives ou des recommandations dans 64 dossiers traités par la commissaire locale. De la même façon, à l'issue du traitement des plaintes médicales, des mesures correctives ou des recommandations ont été actualisées dans quatorze dossiers traités par le médecin examinateur.

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

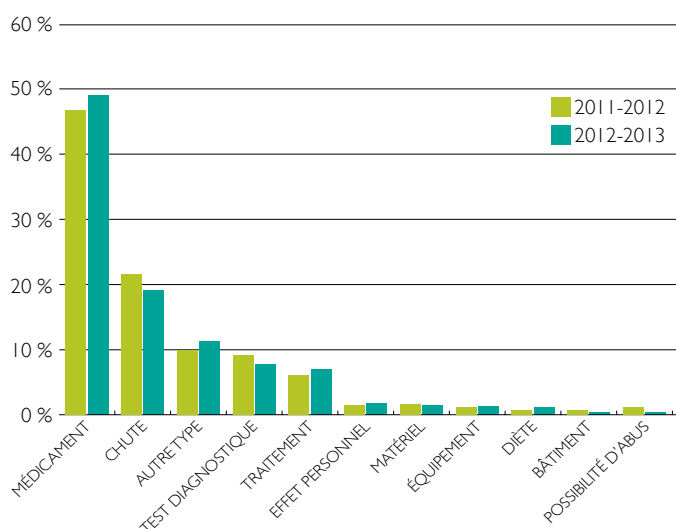
Le comité de gestion des risques a notamment pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité (...) et que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources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

Au cours de l'exercice, le comité a siégé à quatre reprises et a étudié neuf événements sentinelles. Des rapports trimestriels 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/accidents, du taux de divulgation, des mesures correctives et des suites données aux recommandations. Le comité s'est assuré également du suivi des infections nosocomiales et de la réalisation du bilan comparatif des médicaments. De plus, le comité a pris connaissance des rapports d'incidents/accidents transfusionnels.

DÉCLARATION DES INCIDENTS/ACCIDENTS

Cette année, le volume de déclarations a enregistré une augmentation de 3,5 % puisque 2 882 déclarations ont été consignées au registre local comparativement à 2 784 l'an dernier. Les quatre principales catégories d'événements déclarés demeurent, par ordre décroissant d'importance, les erreurs liées à l'administration des médicaments, représentant 49 % des déclarations, suivies des chutes, totalisant 19 %, venant ensuite les erreurs relatives aux tests diagnostics et la catégorie « Autres », totalisant ensemble 19 %. Par ailleurs, l'analyse sous l'angle des conséquences permet de constater que les chutes avec conséquences se démarquent et représentent 36 %, un résultat bien supérieur à la proportion d'erreurs médicamenteuses avec conséquences affichant seulement 6 %.

NOMBRE D'ÉVÈNEMENTS PAR TYPE PAR ANNÉE



ÉVÈNEMENTS SENTINELLES

En 2012-2013, le comité de gestion des risques a passé en revue neuf événements sentinelles, événements qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences graves ou dont le caractère répétitif, même sans conséquence grave, exige une analyse approfondie. Parmi ceux-ci, quatre ont occasionné le décès d'un usager. Chaque événement a fait l'objet d'une enquête et d'une analyse détaillée permettant de cerner les causes et de réviser en profondeur les processus cliniques impliqués afin d'éviter que les circonstances entourant ces accidents ne se reproduisent plus.

Le comité de gestion des risques a émis des recommandations dont deux ont nécessité la mise en place de groupes de travail interdisciplinaires. Ceux-ci ont été mandatés pour mettre en œuvre des mesures à portée organisationnelle en ce qui concerne le processus de prise en charge des usagers ayant des troubles de la déglutition ainsi que toutes les procédures associées à l'identification des usagers. Les activités de ces deux groupes de travail se poursuivront au cours de la prochaine année mais déjà plusieurs actions ont déjà été prises notamment :

- Les audits entre les pairs sur l'application de la procédure de double identification de l'utilisateur effectués dans les secteurs cliniques.
- La campagne de sensibilisation à l'application de la procédure de double identification de l'utilisateur;
- Le système d'alerte nom permettant d'identifier rapidement les usagers portant le même nom ou un nom similaire sur une même unité de soins.
- L'ajout de la double identification de l'utilisateur dans les descriptions de fonction du personnel.
- L'ajout d'un deuxième identifiant au menu des usagers afin de s'assurer qu'il reçoit le repas approprié à ses besoins.
- La révision du plan de travail des préposées aux bénéficiaires est maintenant terminée. Un projet pilote dans deux unités de soins est prévu afin de s'assurer de son efficacité et d'apporter les correctifs nécessaires avant son déploiement.
- La création d'une affiche destinée à alerter le personnel et les visiteurs au sujet des consignes d'alimentation à respecter, etc.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le comité de gestion des risques s'assure que les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi pour en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence. Le comité de prévention des infections assure ce suivi. Des statistiques et des rapports ont été déposés trimestriellement au comité de gestion des risques. Les situations particulières sont discutées. Lorsque le nombre de cas augmente, des mesures sont rapidement mises en place afin de éviter la transmission. Au cours de la dernière année, ces mesures proactives se sont avérées efficaces.

PLAN DE SÉCURITÉ 2010-2013

En 2010, le comité de gestion des risques s'est vu confier le mandat de suivre le plan de sécurité des usagers. Les objectifs déclinés dans ce plan découlent d'une analyse des non-conformités identifiées au chapitre de la sécurité dans chacune des sections de normes d'Agrément Canada, des résultats du sondage sur la culture de sécurité ainsi que des incidents ou des accidents survenant le plus fréquemment au sein de l'établissement. Il a été révisé annuellement afin d'intégrer tout élément contributif à l'accroissement de la sécurité des usagers.

Cette pratique issue des normes d'agrément exige l'évaluation des problèmes liés à la sécurité afin de mettre en œuvre des mesures visant à réduire ces risques. Un suivi périodique est effectué au comité de gestion des risques et au conseil d'administration. Ce plan triennal de sécurité comprend 40 objectifs transversaux regroupés sous six grandes orientations. Depuis sa création, l'Institut a progressé en matière de sécurité des soins et des services. En effet, le plan de sécurité a été réalisé à plus de 90 %, permettant de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de sécurité.

Les six grandes orientations :

1. Harmoniser et promouvoir une culture de sécurité.
2. 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.
3. Assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments.
4. Créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et des services.
5. Réduire les risques d'infections nosocomiales ainsi que leurs conséquences.
6. Identifier les risques liés à la sécurité propre aux clientèles desservies.

Principaux objectifs du plan de sécurité :

- La révision de la politique relative à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident.
- La révision de la procédure relative à la déclaration d'un incident ou d'un accident concernant un usager, un proche ou une tierce personne.
- L'ajout des rôles et des responsabilités liés à la sécurité des usagers dans les descriptions de fonction du personnel.
- La mise en place d'un mécanisme de révision systématique des descriptions de fonction du personnel.
- La diffusion régulière et systématique des résultats de la gestion des risques dans le tableau de bord et dans le rapport trimestriel du comité de gestion des risques.
- La réalisation des activités de promotion afin de poursuivre le développement d'une culture de sécurité.
- L'identification exacte et unique de tout usager avant la prestation de soins ou de services.
- L'élaboration d'une liste de contrôle standard utilisée avant chaque intervention chirurgicale.
- L'identification des principaux risques à domicile et la mise en œuvre d'un plan d'action adapté.
- La formation du personnel une fois par année sur les pompes à perfusion incluant les pousses-seringues.
- Le respect du plan d'action annuel de prévention et de contrôle des infections.
- La mise en œuvre des stratégies de prévention des chutes dans les services ambulatoires.
- L'information et la formation donnée aux usagers et aux proches en ce qui concerne leur rôle en matière de sécurité.
- L'identification des activités à risque élevé.
- La réalisation des activités de promotion afin de poursuivre le développement d'une culture de sécurité.
- La diffusion des rapports d'entretien préventif des équipements, etc.

SEMAINE NATIONALE DE LA SÉCURITÉ



Du 29 octobre au 2 novembre 2012 se tenait la première édition de la Semaine nationale de la sécurité à l'IUCPQ. L'évènement était présenté sous le thème « Le double identifiant... deux fois, plutôt qu'une! » afin de faire la promotion de la double identification de l'usager.

Les objectifs poursuivis par le comité de gestion des risques étaient de :

- promouvoir la culture de sécurité;
- maintenir l'intérêt des employés et des médecins envers la qualité des soins et des services offerts aux usagers;
- promouvoir les pratiques organisationnelles requises.

Plusieurs activités ont eu lieu au cours de cette semaine, notamment des kiosques sur différents thèmes concernant la sécurité, une conférence sur l'interdisciplinarité offerte par l'Association canadienne de protection médicale et présentée par le docteur Jacques Guilbert ainsi qu'une présentation du programme de formation sur les facteurs humains à l'intention des directeurs.

Cette initiative du comité de gestion des risques a été rendue possible grâce à la collaboration de ses comités partenaires et des conseils professionnels.

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 :

Nicole MORIN

VICE-PRÉSIDENT :

Richard HOUDE

SECRÉTAIRE :

Michel BOULAY

TRÉSORIÈRE :

Lucile LANGLAIS

CONSEILLER(ÈRE)S :

Monique CARRIER

Jean-Guy CLOUTIER

Henriette GRENIER

Lisette MICHAUD

Francine THIVIERGE

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



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

FRANCINE POULIN
BÉNÉVOLE (2 ANS)

BÉNÉVOLES RECHERCHÉS

Vous
désirez
vous
impliquer?

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

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

I. 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 liées 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 déchuées 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

MALLETTE

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

États financiers récapitulatifs
Au 31 mars 2013

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 2013, 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 ainsi que les notes complémentaires pertinentes, 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 2013. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 18 juin 2013.

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 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Le 1er avril 2012 une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du *Manuel de l'ICCA* pour le secteur public). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraîne aucun impact pour les établissements du secteur de la santé (voir note 2). Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionnée quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

Malette S.E.N.C.R.L. ¹

Malette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Québec, Canada
Le 18 juin 2013

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

2013

2012

ACTIVITÉS PRINCIPALES

REVENUS

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	202 886 276 \$	201 828 260 \$
Contributions des usagers	7 982 583	7 177 852
Autres revenus (annexe A)	4 325 724	4 494 997
Ventes de services (annexe B)	2 122 021	2 149 597
	217 316 604	215 650 706

CHARGES

Centres d'activités principales		
Salaires, traitements et avantages sociaux (annexe C)	129 056 535	123 023 047
Autres charges (annexe C)	86 626 564	88 993 872
Autres charges non réparties (annexe D)	1 713 890	3 236 547
	217 396 989	215 253 466
Moins : transferts aux activités accessoires	128 342	130 675
	217 268 647	215 122 791

SURPLUS DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS PRINCIPALES

47 957 \$

527 915 \$

ACTIVITÉS ACCESSOIRES (annexe E)

REVENUS

35 116 687 \$ 36 731 233 \$

CHARGES

35 075 336 36 728 904

SURPLUS DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES

41 351 \$

2 329 \$

SURPLUS DE L'EXERCICE

89 308 \$

530 244 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

REVENUS

Contributions - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	10 214 472 \$	10 422 444 \$
Amortissement des revenus reportés	595 531	379 686
Projets autofinancés	-	10 173
Écart de financement des immobilisations - réforme comptable	7 371 454	7 942 111
Autres	85 800	258 776
	18 267 257	19 013 190

CHARGES

Frais d'intérêts	4 233 178	4 228 117
Amortissement des immobilisations	11 551 290	11 204 454
Amortissement des frais d'émission et d'escompte sur obligations	51 982	42 100
Perte sur cession d'immobilisations	229 034	-
Réduction de valeur des immobilisations	2 004 708	3 736 501
	18 070 192	19 211 172

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE

197 065 \$

(197 982) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ÉTATS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

FONDS D'EXPLOITATION

DÉFICITS CUMULÉS , début de l'exercice	(2 305 720) \$	(3 683 331) \$
Redressement des déficits cumulés	-	847 367
DÉFICITS CUMULÉS REDRESSÉS , début de l'exercice	(2 305 720)	(2 835 964)
Surplus de l'exercice	89 308	530 244
Transfert au fonds d'immobilisations	(530 244)	-
	(440 936)	530 244
DÉFICITS CUMULÉS , fin de l'exercice	(2 746 656) \$	(2 305 720) \$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

SURPLUS CUMULÉS , début de l'exercice	1 690 239 \$	1 888 221 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	197 065	(197 982)
Transfert du fonds d'exploitation	530 244	-
	727 309	(197 982)
SURPLUS CUMULÉS , fin de l'exercice	2 417 548 \$	1 690 239 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS D'EXPLOITATION

Au 31 mars

2013

2012

ACTIFS FINANCIERS

Encaisse	25 221 801 \$	21 002 772 \$
Placement temporaire, 1,4 %	15 249 596	10 088 734
Créances (note 3)	34 804 149	37 366 894
	<u>75 275 546</u>	<u>68 458 400</u>

PASSIFS

Dettes de fonctionnement (note 4)	37 820 032	37 703 068
Somme due au fonds d'immobilisations	9 950 794	6 504 515
Revenus reportés (note 5)	32 434 922	28 407 219
	<u>80 205 748</u>	<u>72 614 802</u>

DETTE NETTE

(4 930 202) (4 156 402)

ACTIFS NON FINANCIERS

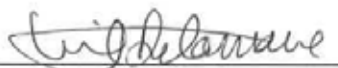
Stocks de fournitures	1 467 211	1 285 893
Frais payés d'avance	716 335	564 789
	<u>2 183 546</u>	<u>1 850 682</u>

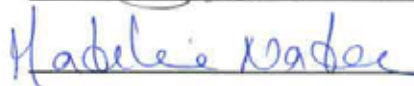
DÉFICITS CUMULÉS

(2 746 656) \$ (2 305 720) \$

ENGAGEMENTS (note 9)

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

2013

2012

ACTIFS FINANCIERS

Créances - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	1 012 894 \$	951 377 \$
Créances - Fondation IUCPQ	350 313	-
Autres créances	77 086	226 013
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	9 950 794	6 504 515
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	550 436	471 377
	11 941 523	8 153 282

PASSIFS

Dettes de fonctionnement	1 672 967	1 346 537
Revenus reportés	15 376 678	12 459 838
Financement temporaire (note 7)	10 784 109	19 308 533
Intérêts courus à payer	1 012 894	951 377
Dettes à long terme (note 8)	109 847 192	96 080 814
Revenus reportés du MSSS - réforme comptable	17 552 786	24 924 240
	156 246 626	155 071 339

DETTE NETTE

(144 305 103) (146 918 057)

ACTIFS NON FINANCIERS

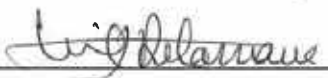
Immobilisations (note 6) 146 722 651 148 608 296

SURPLUS CUMULÉS

2 417 548 \$ 1 690 239 \$

ENGAGEMENTS (note 9)

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

2013

2012

FONDS D'EXPLOITATION

DETTE NETTE, début de l'exercice	(4 156 402) \$	(8 193 934) \$
SURPLUS DE L'EXERCICE	89 308	530 244
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Stocks de fournitures	(181 318)	2 648 941
Frais payés d'avance	(151 546)	10 980
REDRESSEMENT DES DÉFICITS CUMULÉS RELATIVEMENT AUX STOCKS DE FOURNITURES	-	847 367
TRANSFERT AU FONDS D'IMMOBILISATIONS	(530 244)	-
VARIATION DE L'EXERCICE	(773 800)	4 037 532
DETTE NETTE, fin de l'exercice	(4 930 202) \$	(4 156 402) \$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

DETTE NETTE, début de l'exercice	(146 918 057) \$	(148 371 412) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	197 065	(197 982)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(11 995 871)	(13 289 618)
Amortissement	11 551 290	11 204 454
Perte sur cession	229 034	-
Produit de cession	96 484	-
Réduction de valeur	2 004 708	3 736 501
TRANSFERT DU FONDS D'EXPLOITATION	530 244	-
VARIATION DE L'EXERCICE	2 612 954	1 453 355
DETTE NETTE, fin de l'exercice	(144 305 103) \$	(146 918 057) \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

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 MÉTHODES COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir du MSSS	207 054 \$	1 591 768 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	197 538 \$	1 591 768 \$
Variation de la provision pour droits parentaux et pour assurance-salaire	197 538 \$	199 426 \$
Revenus - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	207 054 \$	199 426 \$

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public) est entrée en vigueur.

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit comptabiliser le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

2. MODIFICATIONS DE MÉTHODES COMPTABLES (suite)

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut comptabiliser un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

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 de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement des revenus reportés pour le financement des immobilisations.

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

	2013
Revenus reportés du MSSS - réforme comptable	(197 982) \$
Revenus - écart de financement des immobilisations - réforme comptable	197 982 \$
Surplus de l'exercice du fonds d'immobilisations	197 982 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

3. CRÉANCES

	2013	2012
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS		
Financement supplémentaire	2 930 640 \$	4 998 995 \$
Subvention à recevoir du MSSS	14 065 335	14 041 285
Prise en charge du déficit d'exploitation cumulé au 1er avril 2008	11 332 948	11 332 948
	28 328 923	30 373 228
Autres créances		
Congés différés	405 975	215 162
Bénéficiaires et autres établissements	1 320 731	1 800 712
Réclamations de taxes à la consommation	1 078 160	1 393 934
Fondation IUCPQ	563 421	255 931
Avances aux employés	518 953	557 259
Autres	2 617 842	2 780 238
	6 505 082	7 003 236
Provision pour non-recouvrement	(29 856)	(9 570)
	34 804 149 \$	37 366 894 \$

4. DETTES DE FONCTIONNEMENT

	2013	2012
Fournisseurs	10 080 586 \$	10 035 835 \$
Salaires et déductions à la source	10 391 982	10 861 803
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	17 106 849	16 372 650
Fondation IUCPQ	240 615	432 780
	37 820 032 \$	37 703 068 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

5. REVENUS REPORTÉS

	2013	2012
Activités principales		
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	590 127 \$	1 206 731 \$
Autres	223 251	159 893
Activités accessoires		
Recherche	24 557 924	21 086 357
Autres	7 063 620	5 954 238
	32 434 922 \$	28 407 219 \$

6. IMMOBILISATIONS

	2013		
	Coût	Amortis- sement cumulé	Valeur nette
Terrains	1 888 221 \$	- \$	1 888 221 \$
Aménagement des terrains	1 168 586	800 321	368 265
Bâtiments	136 612 130	35 810 378	100 801 752
Développement informatique	279 710	144 694	135 016
Mobilier et équipement médical	112 241 349	72 701 288	39 540 061
Mobilier et équipement administratif	18 751 180	16 579 701	2 171 479
Autre mobilier et équipement	4 138 713	3 284 825	853 888
Réseau de télécommunications	563 068	253 381	309 687
Construction en cours	654 282	-	654 282
	276 297 239 \$	129 574 588 \$	146 722 651 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

6. IMMOBILISATIONS (suite)

	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 télécommunications	563 068	197 074	365 994
	267 532 551 \$	118 924 255 \$	148 608 296 \$

Au cours de l'exercice, l'Établissement a acquis des immobilisations pour un montant de 11 995 871 \$ (2012 - 13 289 618 \$).

7. FINANCEMENT TEMPORAIRE

	2013	2012
Emprunts bancaires	751 487 \$	150 000 \$
Enveloppes décentralisées - Agence la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	5 812 934	3 568 282
Enveloppes décentralisées - Financement Québec	4 214 586	5 563 677
Projets en cours - SIQ	5 102	10 026 574
	10 784 109 \$	19 308 533 \$

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

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2013

8. DETTE À LONG TERME

	2013	2012
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 5,09 %, échéant de septembre 2013 à décembre 2035	106 312 472	92 325 174
	111 835 472	97 848 174
Fonds d'amortissement du gouvernement du Québec	(1 988 280)	(1 767 360)
	109 847 192 \$	96 080 814 \$

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.

9. ENGAGEMENTS

Les engagements de l'Établissement comprennent ce qui suit :

- 9 696 667 \$ pour des contrats d'acquisition d'immobilisations;
- 44 774 \$ pour des contrats de location;
- 6 973 718 \$ pour des contrats pour l'approvisionnement de biens et services.

10. OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION

Au cours de l'exercice, la Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec a contribué pour un montant de 2 062 364 \$ (2012 - 1 720 515 \$) pour des projets du fonds d'immobilisations et pour un montant de 1 196 420 \$ (2012 - 1 034 070 \$) 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.

11. CHIFFRES CORRESPONDANTS

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

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

A - AUTRES REVENUS

Recouvrements	1 295 602 \$	1 352 811 \$
Escompte sur achats	193 638	184 914
Stages d'enseignement clinique	208 125	229 929
Revenus de placements	69 577	49 497
Contributions au titre des coûts indirects de la recherche	1 272 422	1 280 702
Contribution de la Fondation IUCPQ relative à l'opération du stationnement	1 052 250	1 052 250
Divers	234 110	344 894
	<hr/>	<hr/>
	4 325 724 \$	4 494 997 \$

B - VENTES DE SERVICES

Services diagnostiques et thérapeutiques		
Laboratoires	190 556 \$	226 749 \$
Physiologie respiratoire	167 403	171 746
Imagerie médicale	53 055	8 559
Autres	7 599	10 203
Formation et services techniques		
Services alimentaires	1 703 408	1 732 340
	<hr/>	<hr/>
	2 122 021 \$	2 149 597 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

	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	2 428 114 \$	122 789 \$	2 550 903 \$	2 212 420 \$	72 965 \$	2 285 385 \$
Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants	46 032 954	3 386 179	49 419 133	43 563 455	3 228 758	46 792 213
Soins infirmiers de la chirurgie d'un jour	111 311	-	111 311	109 998	-	109 998
Soins infirmiers à domicile	1 438 385	274 095	1 712 480	1 493 730	298 888	1 792 618
Urgence	5 919 897	488 620	6 408 517	5 398 638	497 799	5 896 437
Bloc opératoire	7 086 378	16 584 324	23 670 702	6 657 905	15 535 971	22 193 876
Consultations externes	752 837	23 197	776 034	759 547	24 453	784 000
Services externes en psychiatrie	46 786	272	47 058	46 236	400	46 636
Centrale de stérilisation et de distribution	701 609	351 323	1 052 932	590 412	256 378	846 790
Inhalothérapie	2 562 971	599 469	3 162 440	2 554 486	652 273	3 206 759
Services dentaires curatifs	30 616	16 020	46 636	31 045	14 016	45 061
Santé publique	525 215	31 517	556 732	577 665	32 844	610 509
Laboratoires	4 875 169	3 720 062	8 595 231	4 654 865	3 749 856	8 404 721
Physiologie respiratoire	1 563 945	163 633	1 727 578	1 517 251	190 166	1 707 417
Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	8 317	4 564 905	4 573 222	5 087	4 236 432	4 241 519
Électrophysiologie	2 777 796	184 993	2 962 789	2 715 960	179 890	2 895 850
Services psychosociaux	1 600 389	4 780	1 605 169	1 516 939	8 104	1 525 043
Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	3 946 337	28 580 006	32 526 343	3 775 896	28 060 420	31 836 316
À reporter	82 409 026 \$	59 096 184 \$	141 505 210 \$	78 181 535 \$	57 039 613 \$	135 221 148 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

	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	82 409 026 \$	59 096 184 \$	141 505 210 \$	78 181 535 \$	57 039 613 \$	135 221 148 \$
Endoscopie	972 387	650 220	1 622 607	1 015 309	686 445	1 701 754
Médecine nucléaire et TEP	955 533	1 195 526	2 151 059	932 416	1 352 239	2 284 655
Dialyse rénale	354 987	99 479	454 466	354 642	92 021	446 663
Pharmacie	3 700 921	7 923 710	11 624 631	3 740 397	7 742 688	11 483 085
Imagerie médicale	3 277 143	1 683 107	4 960 250	3 284 061	1 923 849	5 207 910
Audiologie et orthophonie	14 946	769	15 715	14 403	1 286	15 689
Physiothérapie	1 375 997	8 313	1 384 310	1 306 654	32 731	1 339 385
Ergothérapie	618 510	563	619 073	597 437	9 270	606 707
Hémato-oncologie	840 898	55 996	896 894	830 701	73 294	903 995
Médecine de jour	5 627 228	351 438	5 978 666	5 187 671	380 411	5 568 082
Gestion et soutien aux programmes	1 695 108	160 846	1 855 954	1 589 890	136 565	1 726 455
Enseignement	916 278	114 524	1 030 802	904 847	112 689	1 017 536
Administration générale	7 163 170	1 835 949	8 999 119	6 596 703	1 896 588	8 493 291
Administration des services techniques	304 483	30 485	334 968	458 976	8 711	467 687
Informatique	1 469 146	1 197 192	2 666 338	1 529 097	1 362 417	2 891 514
Déplacement des usagers	-	1 029 058	1 029 058	-	1 022 263	1 022 263
Réception, archives et télécommunications	3 997 157	745 915	4 743 072	3 729 356	769 343	4 498 699
À reporter	115 692 918 \$	76 179 274 \$	191 872 192 \$	110 254 095 \$	74 642 423 \$	184 896 518 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

	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	115 692 918 \$	76 179 274 \$	191 872 192 \$	110 254 095 \$	74 642 423 \$	184 896 518 \$
Nutrition - clinique et alimentation	4 322 746	1 959 630	6 282 376	4 183 112	1 900 730	6 083 842
Buanderie et lingerie	312 176	1 476 575	1 788 751	308 124	1 423 144	1 731 268
Entretien ménager	4 020 031	398 492	4 418 523	4 037 396	406 445	4 443 841
Gestion des déchets biomédicaux	69 217	120 219	189 436	48 200	116 964	165 164
Fonctionnement des installations	351 391	2 387 514	2 738 905	329 937	2 463 422	2 793 359
Sécurité	505 881	31 823	537 704	478 576	32 208	510 784
Entretien et réparations des installations	2 749 343	3 804 772	6 554 115	2 740 337	3 542 573	6 282 910
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	41 879	13 604	55 483	93 113	2	93 115
Personnel en prêt de service	337 446	-	337 446	452 284	-	452 284
Lutte à la pandémie influenza	-	-	-	93	4 407 178	4 407 271
Activités spéciales	653 507	254 661	908 168	97 780	58 783	156 563
	129 056 535 \$	86 626 564 \$	215 683 099 \$	123 023 047 \$	88 993 872 \$	212 016 919 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

D - AUTRES CHARGES NON RÉPARTIES

Mesures administratives particulières	225 675 \$	224 006 \$
Rétroactivité salariale et maintien de l'équité salariale des cadres et de certains salariés	513 202	2 091 410
Aide à la ventilothérapie	708 353	654 241
Variation de la provision pour droits parentaux et pour assurance-salaire	197 538	199 426
Autres	69 122	67 464
	<hr/>	
	1 713 890 \$	3 236 547 \$

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

ANNEXES

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2013

2012

	Revenus	Charges	Excédent des revenus	Revenus	Charges	Excédent des revenus (charges)
E - ACTIVITÉS ACCESSOIRES - REVENUS ET CHARGES						
<i>ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES</i>						
Recherche	21 084 973 \$	21 084 973 \$	- \$	23 734 585 \$	23 734 585 \$	- \$
Enseignement médical	580 265	580 265	-	534 590	567 386	(32 796)
Internes et résidents en médecine	9 964 036	9 964 036	-	8 988 692	8 988 692	-
Pavillon de prévention des maladies cardiaques	1 045 221	1 045 221	-	970 487	970 487	-
	32 674 495	32 674 495	-	34 228 354	34 261 150	(32 796)
<i>ACTIVITÉS COMMERCIALES</i>						
Parc de stationnement	1 040 135	998 784	41 351	1 349 662	1 314 537	35 125
Magasin général	1 103	1 103	-	1 815	1 815	-
Autres activités commerciales	1 400 954	1 400 954	-	1 151 402	1 151 402	-
	2 442 192	2 400 841	41 351	2 502 879	2 467 754	35 125
	35 116 687 \$	35 075 336 \$	41 351 \$	36 731 233 \$	36 728 904 \$	2 329 \$

TABLEAU DE L'ÉTAT
DU SUIVI DES RÉSERVES,
COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS FORMULÉS
PAR L'AUDITEUR
INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve			R : Pour réglé			
O : pour observation			PR : pour partiellement réglé			
C : pour commentaire			NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non comptabilisation des passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire	2011- 2012	R	Comptabilisation de ces passifs à compter de 2012-2013 et retrai- tement des données compara- tives	√		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Consultations externes spécialisées – Potentiel de visites non compilées	2011- 2012	C	Interprétation et confirmation formelles à venir du MSSS Visites compilées pour 2011- 2012 et 2012-2013 et présentées à l'AS-471	√		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
		S/O				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

ANNEXE

AUTRES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

1. MANDAT

Le comité des affaires universitaires et de l'innovation s'assure de la réalisation des orientations stratégiques de chacun des volets de la mission universitaire de l'établissement, soit l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). Il s'assure de l'atteinte des objectifs de rendement fixés pour chacun des volets de cette mission. Le comité s'assure notamment de la réalisation des engagements de l'établissement en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et l'innovation, fournir aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite académique et contribuer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

2. COMPOSITION

- M^{me} Line Grisé, présidente
- M. Ghalem Anani
- M^{me} Julie-Anne Boutin
- D^r Onil Gleeton
- M. Michel Delamarre, directeur général de l'Institut

3. NOMBRE DE RENCONTRES

Au cours de l'année, le comité a tenu quatre rencontres.

4. ACTIVITÉS RÉALISÉES

4.1. SUJETS D'ORDRE GÉNÉRAL

- Dépôt du rapport annuel 2011-2012 du Comité des affaires universitaires et de l'innovation
- Pour les nouveaux membres :
 - Présentation de la direction de la recherche et de la direction de l'enseignement (principaux enjeux et réalisations)

- Informations sur le Comité d'éthique de la recherche et sur l'implantation du logiciel Nagano qui permet dorénavant aux chercheurs de soumettre les projets de recherche en ligne.
- Création du CHU de Québec :
 - impacts au niveau des secteurs de la recherche et de l'enseignement
 - Impacts potentiels sur la dynamique régionale

4.2. VOLET RECHERCHE (D^R DENIS RICHARD)

- Informations sur les *Journées de la recherche* (4-5 juin 2012)
- Bilan des projets d'agrandissements du centre de recherche (phases 3C et 4)
- Dépôt de la confirmation de la *subvention d'infrastructure FRQS* du centre de recherche pour l'année 2012-2013
- Dépôt de la confirmation de la *subvention pour projets stratégiques innovants FRQS* pour l'année 2012-2013
- Présentation du rapport annuel 2011-2012 du Centre de recherche de l'IUCPQ
- Fin de mandat et renouvellement du directeur de la recherche universitaire
- Financement des activités et du développement du Centre de recherche
- Indicateurs de performance : statistiques et principaux indicateurs actuellement utilisés par le Centre de recherche.

4.3. VOLET ENSEIGNEMENT (D^R DENIS COULOMBE)

Procédures entourant l'accueil des étudiants (problèmes et solutions)

Transfert du service d'audiovisuel sous la gouverne de la direction de l'enseignement

- L'organisation et la gestion des activités de la direction de l'enseignement
- Bilan du dossier des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie (IPS)
- Informations sur le nouveau programme de doctorat de premier cycle en pharmacie

4.4. VOLET ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (D^R MICHEL PIRAUX)

- Présentation et état de situation du projet ETMIS
- Autres sujets traités :
 - Procédures découlant du règlement 12 (normes de recrutement des départements cliniques) qui vise à encadrer de manière structurée l'élaboration du plan d'effectifs médicaux (PEM)
 - Bilan du dossier télésanté.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

I. MANDAT

Le comité des ressources humaines s'assure que les priorités et les actions retenues visant le personnel et les effectifs médicaux sont conformes aux orientations stratégiques adoptées en matière de gestion des ressources humaines. Il examine la gestion des ressources humaines et présente des recommandations au conseil d'administration sur les stratégies, les initiatives et les politiques en matière de gestion des ressources humaines.

2. COMPOSITION

Le comité des ressources humaines est composé de quatre membres :

- M^{me} Anne Michaud, présidente du comité, membre externe du conseil d'administration
- M^{me} Claudia Boulanger, membre externe du conseil d'administration
- M. Michel Delamarre, directeur général de l'Institut
- M^{me} Line Grisé, membre externe du conseil d'administration

3. NOMBRE DE RENCONTRES

Le comité a tenu trois rencontres pour prendre connaissance, discuter et entériner les différents dossiers en cours durant l'exercice 2012-2013.

4. ACTIVITÉS RÉALISÉES

Cette année, le comité a pris connaissance de certains dossiers ressources humaines et s'est assuré des suivis suivants :

SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (SMSST), NORME CSA Z-1000-06

Depuis 2009, l'Institut participe à la mise en place d'un *Système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST)*, dont le cadre de référence est la norme CSA Z 1000 06 *Gestion de la santé et de la sécurité du travail*. Cette norme est un processus de certification volontaire qui permettra l'obtention d'une reconnaissance de la qualité de la gestion de la santé et de la sécurité du travail, en offrant, entre autres, un milieu sain et sécuritaire au personnel, favorisant ainsi une prestation sécuritaire des soins et des services.

Le comité a pris connaissance des travaux réalisés. Ainsi, pour 2012-2013, l'objectif principal retenu a consisté à consolider la première phase, soit de définir le rôle et les responsabilités de chacun des acteurs en matière de santé et sécurité du travail (SST) et à assurer la compréhension des enjeux de ce projet ainsi que la participation des gestionnaires et des travailleurs à son implantation. Un plan d'action global a été élaboré, incluant un plan de consultation pour une quarantaine de politiques et procédures. Jusqu'à maintenant, le processus de consultation a débuté à l'égard de cinq documents, notamment, la *Politique relative à la prévention, à la promotion de la santé et de la sécurité et à la qualité de vie au travail* qui constitue la pierre angulaire du système.

Les travaux se poursuivent afin d'obtenir l'implantation de la Norme CSA-Z-1000-06 prévue pour décembre 2015.

ENTREPRISE EN SANTÉ

Le comité suit la démarche Entreprise en santé amorcée depuis novembre 2011. Des groupes de discussions ont eu lieu en juillet 2012 pour valider les résultats obtenus lors du sondage réalisé sur le climat organisationnel en février 2012. Différentes activités ont découlé à la suite des commentaires émis par le personnel de l'établissement.

D'une part, plusieurs activités sportives ont été lancées par le PPMC, à l'automne 2012, pour permettre aux employés d'y participer. Ce projet a connu un franc succès et les commentaires ont été très positifs. Devant l'engouement et la demande des personnes salariées, d'autres projets d'activités ont été offerts en janvier 2013 et à nouveau au printemps.

D'autre part, un comité santé mieux-être a été constitué afin de procéder à l'élaboration d'un plan d'action visant l'amélioration de la santé, de la sécurité et du mieux-être des intervenants, en tenant compte des besoins identifiés lors de la collecte de données et des groupes de discussion ainsi que des ressources et des priorités de l'organisation. De plus, une *Politique cadre concernant la prévention, la promotion, la sécurité, le mieux-être au travail et les pratiques organisationnelles favorables à la santé* a été adoptée par le conseil d'administration en février 2013.

PROJET SUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'EXERCICE DES CADRES

Le comité a pris connaissance du projet, financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ayant trait au *Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres*. Ce projet consiste à réduire les activités à faible valeur ajoutée afin d'optimiser le rôle des gestionnaires pour qu'ils consacrent plus de temps aux responsabilités qui leur incombent.

Ils ont suivi avec intérêt la première phase, qui a été réalisée et qui portait sur l'amélioration des communications par l'utilisation efficace des technologies de l'information. S'en est suivi un outil qui s'intitule *Trucs du communicateur* comportant 10 règles d'or pour rendre les communications plus efficaces.

La seconde phase a débuté en décembre 2012 et est toujours en cours. Elle vise la clarification du rôle des cadres intermédiaires afin d'optimiser la prise de décision ainsi que le temps passé auprès de leurs équipes de travail. Tous les gestionnaires touchés par ce projet furent mis à contribution afin d'identifier leurs principales préoccupations de gestion ainsi que des pistes de travail qui permettront de clarifier davantage leurs rôles et responsabilités. Plusieurs groupes de travail seront formés afin de mobiliser les

gestionnaires vers l'atteinte des objectifs associés au projet. Ce projet est piloté par la Direction des ressources humaines, en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires de l'organisation.

GALA RECONNAISSANCE ET PRIX D'EXCELLENCE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

Le comité a à cœur que soient reconnus les gens passionnés, talentueux et créatifs œuvrant au sein de l'organisation. Ils ont reçu et analysé, à la suite de leurs recommandations, une révision du processus de la mise en candidature, la sélection et la nomination des lauréats pour les catégories du Gala reconnaissance. Certains points d'amélioration ont été identifiés, notamment la révision de la procédure qui entoure la sélection de la nomination des candidatures, le processus d'attribution des prix ainsi que l'ajout de nouvelles catégories incluant l'intégration du Prix d'excellence. Ces modifications ont été approuvées par ceux-ci.

PROGRAMME INTÉGRÉ LEAN

Le comité a pris connaissance et assure un suivi des démarches d'optimisation des processus *Lean* entreprises dans l'organisation.

Plusieurs projets se sont déroulés ou sont en cours de réalisation, notamment à l'Urgence, au Bloc opératoire, au Service d'hémodynamie et en électrophysiologie interventionnelle. De plus, douze gestionnaires ont été désignés pour recevoir une formation sur l'approche *Lean*. Cette formation, d'une durée de huit jours, est offerte avec l'obligation de réaliser un projet *Lean* dans leur secteur d'activité. Ainsi, douze projets *Lean* seront mis en place en simultané dans l'organisation.

TABLEAU DE BORD SUR LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité a pris connaissance des indicateurs pour 2012-2013, notamment en ce qui concerne la planification de la main-d'œuvre, le taux d'heures supplémentaires (tout le personnel ainsi que le personnel soignant) et le ratio d'assurance salaire.

Au-delà des chiffres et des indicateurs, le comité assure un suivi rigoureux à chaque rencontre.

GESTION DES EFFECTIFS

Le comité a suivi avec intérêt les efforts constants que l'Institut déploie dans la recherche des meilleurs candidats afin d'occuper des postes au sein de l'établissement. À cet égard, une présentation

sur le portrait de la situation de la main-d'œuvre à l'IUCPQ leur a été offerte.

Plusieurs activités ont été réalisées dans le but de faire connaître notre établissement et être davantage attractif. Des dîners rencontres avec les stagiaires de 2^e et 3^e année en sciences infirmières ont été effectués tout au long de la dernière année. Des participations aux salons de l'emploi et autres journées carrières dans diverses institutions d'enseignement ont eu lieu, notamment à l'Université Laval, Cégep de Chicoutimi, Collège Ahuntsic, Centre de formation professionnelle Le Fierbourg, au Défi emploi jeunesse ainsi qu'à deux journées Jeunes explorateurs d'un jour. Également, des efforts sont déployés afin d'élaborer des stratégies d'attraction et de rétention pour l'ensemble des titres d'emploi et plus particulièrement pour les titres d'emploi de préposés aux bénéficiaires, d'agents administratifs ainsi que des polyvalents.

ÉTAT DE SITUATION DES GRIEFS

Le comité a pris connaissance d'un document sur l'état de situation des griefs pour l'année 2012-2013. Le comité assure le suivi sur l'évolution des griefs une fois par année.

BILAN DES PLAINTES DE SITUATIONS CONFLICTUELLES EN MILIEU DE TRAVAIL

Le comité a reçu et analysé le rapport ayant trait au nombre de plaintes de situations conflictuelles déposé au cours de l'année. Il s'est assuré que la nature des plaintes et que le traitement de celles-ci soit effectué selon la procédure définie. Ce rapport a été déposé en janvier et un bilan a été dressé au 31 mars 2013.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

I. MANDAT

Conformément aux règlements généraux de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le comité d'éthique clinique, constitué par le conseil d'administration, représente la ressource de référence pour toutes questions de nature éthique dans l'établissement, autres que celles normalement présentées au comité d'éthique de la recherche.

Il émet son opinion à la lumière des normes éthiques, professionnelles et autres normes existantes et à la lumière de principes généraux aux plans juridique et scientifique, et après avoir obtenu un consensus au sein de ses membres.

2. COMPOSITION

Le comité d'éthique clinique est composé de quatorze membres.

M ^{me} Maryse Bernier,	représentante de la direction
M. Clément Bérubé,	représentant du comité des usagers
M. Patrick Careau,	coprésident, représentant des autres professionnels
M ^{me} Michèle Gaumont,	représentante des soins infirmiers – autres programmes
M ^{me} Johanne Houde,	représentante des soins infirmiers – secteur pneumologie
M ^{me} Chantal Lambert,	intervenante en soins spirituels
M ^{me} Chrystine Maltais,	représentante du conseil d'administration
D ^{re} Anne Moreau,	représentante des médecins – autres programmes cliniques
M ^{me} Marie-France Paquette,	personne versée en éthique
D ^r Jean-François Sarrazin,	représentant des médecins – secteur cardiologie
D ^r François Sirois,	représentant des médecins – secteur psychiatrie
D ^{re} Lise Tremblay,	coprésidente, représentante des médecins – secteur pneumologie
M. Maxime Tremblay,	représentant des soins infirmiers – secteur cardiologie
Poste vacant,	représentant des préposés aux bénéficiaires

3. NOMBRE DE RENCONTRES

Au cours de l'année 2012-2013, les membres ont tenu cinq rencontres ordinaires.

4. ACTIVITÉS RÉALISÉES

Le comité d'éthique clinique de l'IUCPQ a participé à la réalisation, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'inventaire des ressources et des réalisations des établissements du RSSS en matière d'éthique clinique. Cet inventaire permettra de dresser un état des lieux, d'inspirer des initiatives visant à soutenir les efforts des établissements en matière d'éthique clinique, et d'identifier les ressources qui se prêtent à un partage entre les établissements du RSSS.

Les résultats d'un tel inventaire permettront d'obtenir un portrait de l'évolution récente de ce dossier dans les établissements du réseau et de favoriser le partage des réalisations, entre autres, par le biais de références accessibles dans le site Internet de l'Unité de l'éthique du Ministère.

CONSULTATIONS

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE A AUSSI TRAITÉ DEUX DEMANDES D'AVIS AU COURS DE L'ANNÉE 2012-2013

La première demande d'avis concernait le développement du protocole relatif au don d'organe en décès cardiorespiratoire (DDC), de même que l'engagement et les possibles conflits d'intérêts des anesthésiologistes-intensivistes.

Les membres du comité ont conclu qu'afin d'éviter les possibles conflits d'intérêts, le médecin se retire du processus de don lorsqu'il s'agit d'une greffe pour le cœur puisque le jugement de celui-ci pourrait être teinté, considérant l'avantage d'obtenir l'organe pour l'un de ses patients. De plus, toutes les explications relatives à la situation devront être correctement inscrites au dossier du patient.

La seconde demande, adressée par le directeur des services professionnels, visait à obtenir l'avis des membres concernant la politique relative à l'application des niveaux de soins (DSP-029), qui s'inspire du cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins, publié par la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence.

Les membres du comité ont proposé qu'un certain nombre d'éléments soient ajoutés à la politique présentée.

ÉDUCATION DU PERSONNEL SOIGNANT

Parmi les objectifs de l'année 2012-2013, le comité d'éthique clinique s'était engagé à poursuivre la tenue d'activités promotionnelles auprès du personnel de l'IUCPQ, portant principalement sur la sensibilisation à l'éthique au quotidien.

Le 23 mai 2012, l'étude d'un cas clinique a servi d'atelier d'application de la grille de délibération utilisée par le comité, afin de présenter la démarche utilisée lors de l'analyse d'un cas soumis.

ACTIVITÉS DE DIFFUSION

Les membres du comité ont convenu de revoir la stratégie de diffusion du dépliant d'information, produit l'an dernier à l'intention de l'usager et de ses proches, afin d'élargir son utilisation dans l'établissement. Ainsi, une présentation du dépliant a été faite lors d'une rencontre du personnel d'encadrement, permettant d'augmenter la visibilité auprès des clientèles internes (clinique de pneumologie, d'insuffisance cardiaque, professionnels de l'Urgence, etc.).

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

I. MANDAT

Le comité des ressources technologiques et immobilières s'assure que l'Établissement dispose des infrastructures nécessaires pour répondre à ses besoins fonctionnels actuels et futurs pour la prestation sécuritaire des soins et le soutien au développement et à la consolidation de l'offre de service. Il s'assure également de fournir au personnel, aux effectifs médicaux et aux étudiants un environnement technologique stable, sécuritaire et à la fine pointe. Le comité s'assure donc que l'Établissement possède des plans directeurs immobiliers et technologiques et que les démarches requises soient faites pour en assurer la réalisation. En lien avec ces plans, le comité est responsable d'examiner les projets de maintien des actifs et de développement et de faire les recommandations requises au conseil d'administration.

2. COMPOSITION

- M. Jean Brown, président
- M. Michel Delamarre, directeur général de l'Institut
- M. Jean-Guy Royer
- M. Serge Simard
- M^{me} Chrystine Maltais

3. NOMBRE DE RENCONTRES

Le comité a tenu six rencontres.

4. ACTIVITÉS RÉALISÉES

4.1 RESSOURCES IMMOBILIÈRES

PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER (PDI)

Le dossier du PDI a continué à cheminer au cours du présent exercice. Ainsi, la Direction des services techniques a présenté une proposition de révision de l'ordre de priorité des différentes phases du PDI. Cette révision est conséquente à une démarche continue de la direction visant à s'assurer que les conclusions du PDI sont toujours cohérentes avec les besoins de l'Institut.

À cet égard, nous avons été informés par la direction des différentes représentations faites auprès du MSSS et de l'Agence pour voir à ce que le dossier du PDI chemine adéquatement dans les processus d'analyses et de priorisation.

L'établissement a récemment obtenu l'autorisation pour procéder aux plans et devis du tout premier projet du PDI, soit l'agrandissement en façade requis pour la consolidation et le développement de l'électrophysiologie.

PAVILLON ROUSSEAU

Le comité a été informé de la demande du MSSS et de l'Agence à l'effet que des mesures soient prises pour assurer la démolition du pavillon Rousseau dans les meilleurs délais. La Direction des services techniques a confié à un consultant un mandat en deux temps visant d'abord l'analyse des coûts et de l'échéancier de démolition, puis la production des plans et devis. Le rapport d'analyse est attendu à la fin du mois de juin 2013.

PLAN DE TRAVAIL DU SERVICE DE LA CONSTRUCTION

La Direction des services techniques a déposé semestriellement la mise à jour du plan de travail du Service de la construction. Le plan ainsi déposé témoigne d'une démarche cohérente de planification bien alignée aux besoins de l'organisation, dans le respect des budgets disponibles. Plusieurs projets majeurs ont été réalisés ou sont en voie de l'être :

- réaménagement de l'urgence;
- rehaussement de l'entrée électrique;
- remplacement des salles G1 et G7;
- remplacement des caméras ADAC;
- remplacement de l'ascenseur du pavillon Notre-Dame;
- transfert de l'endoscopie digestive;
- centre de recherche phase IIIC;
- centre de recherche phase IV.

PLAN DE CONSERVATION ET DE FONCTIONNALITÉS IMMOBILIÈRES (PCFI)

La Direction des services techniques maintient à jour la planification immobilière triennale constituant le PCFI, selon l'échéancier de l'Agence. Cet exercice vise à établir l'allocation des sommes attribuées par le MSSS pour la réalisation des projets de maintien d'actif et de rénovations fonctionnelles. La planification présentée établit les liens requis pour maintenir une coordination cohérente avec le développement et la consolidation des activités cliniques de même que le plan directeur de maintien des actifs. La planification proposée, déposée au conseil d'administration, a obtenu l'approbation de l'Agence.

MANDAT DU COMITÉ

Le comité a réévalué son mandat. Les membres se sont déclarés satisfaits de son libellé actuel.

BESOINS IMMOBILIERS

Le comité constate que le manque d'espace est une contrainte majeure pour assurer au personnel, au corps médical, aux patients 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 compte tenu des limites imposées par les ressources disponibles. L'actualisation des différentes étapes du PDI constitue un élément de réponse à ce problème.

ALLOCATIONS

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

4.2 RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

Le comité a révisé le plan de conservation des équipements mobiliers (PCEM) – volet équipements médicaux 2012/2015 approuvé par le conseil d'administration en juin 2012. Découlant des planifications précédentes, plusieurs projets d'envergure touchant les équipements médicaux ont été complétés tels que le remplacement des équipements dans deux salles de radiographie, le remplacement des lampes au bloc opératoire et des équipements en polysomnographie. Le rehaussement du système d'information clinique en hémodynamie (Cardio report) a été complété et on a procédé avec succès à des mises à niveau majeures des systèmes de télémétrie et d'imagerie médicale (PACS).

La mise en commun des acquisitions avec les autres établissements demeure une opportunité d'économie sur laquelle l'Institut s'efforce de miser. Le dossier de remplacement des pompes à perfusion est ainsi mené conjointement avec le CHU de Québec et le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec (GACEQ).

Le cadre de gestion découlant de la loi 133, ayant pris effet en 2012/2013, couvre l'ensemble des activités liées aux ressources informationnelles. Le comité a révisé la première planification triennale des projets (2013/2016) et a accompagné la Direction des ressources informationnelles et technologiques dans la révision et la préparation des divers documents à déposer au conseil d'administration.

Contrairement aux actifs immobiliers et équipements médicaux et non médicaux, aucune ressource financière externe à l'établissement n'a été reçue pour assurer le maintien des actifs en ressources informationnelles. Le comité convient que cette situation rend plus fragile le maintien à jour de notre parc d'équipements et d'applications, et plus critique le choix des développements à mettre de l'avant. Les projets d'optimisation régionaux présentent toutefois une opportunité dans les années à venir.

Le comité a assuré le suivi des projets majeurs visant la disponibilité des informations cliniques. La directrice de projets a ainsi fait état de l'avancement des travaux, des obstacles et des enjeux de 3 projets sous sa responsabilité, soit :

- Le déploiement du projet de Gestion des Formulaires (GDF) complété à l'hiver 2013.
- Le déploiement en cours du Dossier clinique informatisé (DCI – Cristal-Net) se terminera à l'été 2013.
- Le projet du Dossier patient électronique (DPE) est en cours. Le début de la numérisation est prévu à l'automne 2013.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

I. COMPOSITION

- M. Laurent Després, président
- M. Georges Smith, vice-président
- M^{me} Anne Michaud
- M^{me} Madeleine Nadeau, membre d'office
- M. Michel Delamarre, directeur général de l'Institut

2. NOMBRE DE RENCONTRES

Le comité de vérification s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice financier 2012-2013.

3 ACTIVITÉS RÉALISÉES

DOSSIERS ÉTUDIÉS

- Suivi périodique des résultats et faits saillants à différents moments au cours de l'année;
- L'examen du plan d'audit de l'exercice terminé le 31 mars 2012;
- L'examen des états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2012 avec l'auditeur indépendant et des rapports en découlant;
- La révision du mandat du comité de vérification suite au nouveau règlement sur les règles de fonctionnement incluant l'introduction de la gestion des risques;
- La gestion intégrée des risques, un point statutaire à l'ordre du jour du comité depuis le début de l'année 2012 :
 - Examen du plan de travail, de la politique et du programme de gestion élaboré;
 - Formation des membres;
 - État d'avancement des travaux.
- Questionnement sur la production des états financiers récapitulatifs et de moyens plus économiques de présenter l'information nécessaire;
- Questionnement sur la comptabilisation des stocks aux livres. Présentation de la direction de ce qui se fait ailleurs et échanges sur les décisions à prendre à l'interne;
- Financement des activités de soutien et du développement du centre de recherche :
 - État de situation présenté et discuté;
 - Bilan des activités à être réalisées une fois par année.
- Rapport sur l'application de la loi 100 :
 - Analyses présentées – portrait de la situation;
 - Impacts et suivi à chaque fin d'exercice.

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Le plan de travail du comité;
- Présentation des états financiers 2011-2012 et du rapport de l'auditeur indépendant;
 - Recommandation d'approuver les états financiers.
- Rapport 2011-2012 sur l'application de la politique relative à l'approvisionnement de biens et de services;
 - Examen du rapport, le comité se dit satisfait et le rapport est déposé au conseil.
- Renouvellement du mandat de l'auditeur indépendant;
 - Recommandation de la nomination de l'auditeur pour l'exercice 2012-2013.

DOSSIERS DONT A ÉTÉ SAISI LE COMITÉ

- Pavillon Rousseau
 - État de situation et évaluation de la valeur récupérable
- Contrôle interne – secteur des comptes à payer
 - Information sur un évènement;
 - Processus revu et plan d'action mis en place par la direction des ressources financières.
- Suivi des divers dossiers de financement de l'organisation en discussion avec l'Agence;
- Attestation relative aux évènements postérieurs à la date du bilan soit le 31 mars 2012, lettre transmise au contrôleur des finances;
- Entente services bancaires
 - Échéance;
 - Invitation de deux fournisseurs;
 - Recommandation de la direction suite à l'analyse des deux offres;
 - Examen et discussions de la recommandation de la direction
- Présentation de la structure et des activités de la direction des ressources financières;
- Gestion financière des projets de recherche – dépôt d'une politique et d'une procédure;
- Divers questionnements sur la certification des états financiers de l'Association des bénévoles;
- Examen du questionnaire du vérificateur général du Québec concernant les pratiques de comptabilisation des activités de recherche dans les activités accessoires.



RÉFÉRENCES

- ¹ Fondation des maladies du coeur du Québec
<http://www.fmcoeur.qc.ca>
- ² Statistique Canada. CANSIM Tableau 102-0529 : Décès selon la cause, Chapitre IX: Maladies de l'appareil circulatoire (100 à 199), le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2005 à 2009. Publié le 30 mai 2012.
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1020529>
- ³ Suivi des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- ⁴ Ross H, Howlett J, Arnold JM et al. Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Can J Cardiol* 2006;22:749-54.
- ⁵ Wilkins K, et al. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports* 2010; 21:37-46.
- ⁶ Corrao JM et al. Coronary heart disease risk factors in women. *Cardiology* 1990; 77 Suppl 2:8-12.
- ⁷ Association pulmonaire du Québec <http://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. Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les hommes, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2006.
<http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=786>
- ¹⁰ Institut national de santé publique du Québec. Taux ajusté d'incidence du cancer du poumon chez les femmes, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2006.
<http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=787>
- ¹¹ Parsons A, Daley A, Begh R et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010 Jan 21; 340: b5569
- ¹² Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Ottawa, 2011.
- ¹³ Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. *Br Heart J* 1983; 49:416-22.
- ¹⁴ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Les coûts 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 – Obésité chez les adultes au Canada. Ottawa : Statistiques Canada, 2005.
- ¹⁶ Institut national de santé publique du Québec. Proportion de la population de 18 ans et plus souffrant d'obésité, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2009.
<http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=52>
- ¹⁷ Obésité au Canada : rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa, 2011.
- ¹⁸ Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada, 1985-2000. *Can J Public Health* 2004;95:16-20.
- ¹⁹ Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2008;32(Supplement1):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;38:487-93.
- ²¹ Gilmour H. Les Canadiens physiquement actifs. *Rapports sur la santé* 2007; 18:49-70.
- ²² Fondation des maladies du coeur du Canada. *Vivre avec le cholestérol*. 2006.
- ²³ Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et les chiffres. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2011.
- ²⁴ Colley RC et al. Physical activity of Canadian adults : Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports* 2011; 22: 1-8.
- ²⁵ Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. *Appl Physiol Nutr Metab* 2012; 37:803-806

STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2012-2013	2011-2012	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	326	324	0,62 %
Nombre de lits - dressés	308	308	0,00 %
Admissions	14,816	14,641	1,20 %
Départs	14,843	14,660	1,25 %
Séjours moyens (jours)	6,7	6,8	-0,74 %
Occupation des lits disponibles (en %)	89,8	89,0	0,96 %
Total jours-présence	100,166	99,080	1,10 %
- courte durée	96,734	95,258	1,55 %
- longue durée	3,432	3,822	-10,20 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	3,680	3,637	1,18 %
- chirurgie cardiaque	2,302	2,210	4,16 %
- chirurgie thoracique	613	701	-12,55 %
- chirurgie générale	140	117	19,66 %
- chirurgie bariatrique (obésité)	606	552	9,78 %
- autres spécialités	19	57	-66,67 %
Heures présence des usagers	14,519	13,973	3,91 %
Total usagers	3,680	3,637	1,18 %
- hospitalisés	3,620	3,524	2,72 %
- en chirurgie d'un jour	60	113	-46,90 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	9,830	9,675	1,60 %
- coronarographies	3,998	3,881	3,01 %
- angioplasties	3,270	3,213	1,77 %
- études électrophysiologiques	164	179	-8,38 %
- ablations	935	982	-4,79 %
- cardiostimulateurs & défibrillateurs	1,143	1,119	2,14 %
- autres procédures	320	301	6,31 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1,159	1,130	2,57 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	14	15	-6,67 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	101,767	100,299	1,46 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2,440,547	2,739,047	-10,90 %
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
Procédures	2,520,646	2,480,842	1,60 %

	2012-2013	2011-2012	VARIATION
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	14,696	17,372	-15,40 %
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1,641	1,623	1,11 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	57,347	57,401	-0,09 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	540	748	-27,81 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	11,303	11,443	-1,22 %
- endoscopie digestive	4,884	4,746	2,91 %
- endoscopie respiratoire	6,419	6,697	-4,15 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	911	1,092	-16,58 %
- hémofiltration	128	202	-36,63 %
- hémodyalise	783	890	-12,02 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	5,643	5,916	-4,61 %
Traitements	2,641	2,731	-3,30 %
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	37,494	36,234	3,48 %
Usagers	23,461	22,087	6,22 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	17,967	17,975	-0,04 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	9,887	9,524	3,81 %
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	131,752	124,918	5,47 %
- électrophysiologie	113,135	107,030	5,70 %
- échocardiographie	18,617	17,888	4,08 %
URGENCE			
Visites	24,686	25,838	-4,46 %
Usagers sur civières	12,271	11,741	4,51 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	3,400	2,932	15,96 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	15,282	11,713	30,47 %
SERVICE SOCIAL			
Usagers	4,097	4,389	-6,65 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	4,297	4,516	-4,85 %
ALIMENTATION			
Repas	672,765	723,927	-7,07 %



IUCPQ.qc.ca

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



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

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