

L'INSTITUT :

**VOYEZ COMME
C'EST GRAND!**



RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
2018-2019



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL



L'INSTITUT

L'INSTITUT AGRÉÉ

En novembre 2018, l'établissement a été agréé par Agrément Canada, avec un **taux de conformité aux normes de 98,95 %**.

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

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

2018-2019



Comité du développement durable



L'INSTITUT EN BREF...

Un institut à dimension humaine et unique



3 500

personnes, une
équipe dévouée



16 346

admissions



129 008

visites en mode
ambulatoire



294 M\$

de budget
annuel



26 260

visites à
l'urgence



2 826

usagers ayant subi
une chirurgie
cardiaque



834

usagers ayant subi
une chirurgie
thoracique



647

usagers ayant subi
une chirurgie
bariatrique



2 300

étudiants en
enseignement



177

chercheurs



634

publications

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DES AUTORITÉS.....	8
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	9
L'INSTITUT : VOYEZ COMME C'EST GRAND!	11
SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS	13
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE.....	15
STATISTIQUES ANNUELLES.....	18
PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES.....	19
AXE - HABITUDES DE VIE.....	20
AXE - PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	22
AXE - PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE	23
AXE - SERVICES SPÉCIALISÉS	25
AXE - SÉCURITÉ ET PERTINENCE.....	27
AXE - PERSONNES ÂGÉES	30
AXE - PERSONNES VULNÉRABLES.....	31
AXE - MOBILISATION DU PERSONNEL.....	33
AXE - ORGANISATION EFFICIENTE	41
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	53
NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT	55
DIRECTION DE LA RECHERCHE.....	57
AFFAIRES UNIVERSITAIRES.....	57
▪ DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES	59
▪ PRIX ET DISTINCTIONS	64
LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	65
ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION	66
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, SES COMITÉS, SES INSTANCES ET SES CONSEILS PROFESSIONNELS.....	68
▪ CONSEIL D'ADMINISTRATION	68

▪ COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA.....	69
▪ COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)	69
▪ COMITÉ DE VÉRIFICATION (CV).....	69
▪ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ).....	70
▪ COMITÉS FACULTATIFS DU CA.....	71
▪ COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES (CASS)	71
▪ COMITE DES RESSOURCES HUMAINES (CRH).....	72
▪ COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION (CAUI).....	73
▪ COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES (CRTI)	74
▪ COMITÉS-CONSEILS DU CA.....	75
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT (CÉCE)	75
▪ INSTANCES DU CA	75
▪ COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CÉR)	75
▪ COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES (CGRC).....	76
▪ PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES	77
▪ COMITÉ DE RÉVISION.....	77
▪ COMITÉ DES USAGERS (CU)	78
▪ CONSEILS PROFESSIONNELS.....	78
▪ CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	78
▪ COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	79
▪ COMITÉ DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP).....	80
▪ COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES.....	80
▪ CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII).....	81
▪ CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	81
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT	82
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	83
FONDATION IUCPQ	90
▪ MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION	90
▪ BILAN DES ACTIVITÉS	91

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Les résultats et les données pour l'exercice 2018-2019 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (Institut) :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.



Denis Bouchard
Président-directeur général

Le présent rapport annuel de gestion a été adopté par le conseil d'administration de l'Institut lors d'une assemblée ordinaire tenue le 11 juin 2019. Il est également disponible sur le site Internet de l'établissement sous l'onglet « INSTITUT », section « Documents institutionnels », rubrique « Rapports annuels de gestion ». Sous le même onglet, vous trouverez aussi le calendrier annuel des assemblées ordinaires du conseil d'administration dans la section « Qui sommes-nous? », rubrique « Conseil d'administration, ses comités et conseils professionnels ».

Note au lecteur

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage les diminutifs « Institut » ou « IUCPQ-UL » pour se référer à l'appellation complète « Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval ». Par ailleurs, l'utilisation de la lettre « K » renvoie au nombre mille et la lettre « M » signifie million. Enfin, le genre masculin a été utilisé pour alléger le texte, à l'exception du terme « infirmière ».

ISSN 1920 9401 (PDF)
Dépôt légal : 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
2725, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-4932
Télécopieur : 418 656-4561
IUCPQ.qc.ca
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca



MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

M^{me} Isabelle Taillon, M^{me} Joanne Desjardins, M^{me} Lucie Rochefort,
M^{me} Claudia Boulanger, M^{me} Kathleen Vézina

2^e rangée : M^{me} Lise Caron, M^{me} Line Gris , M. Gilles Kirouac (vice-président),
M. Serge Simard, M. Marius Plante, D^r Jacques Villeneuve

3^e rangée : M. Denis Bouchard (président-directeur général et secrétaire),
M. Laurent Després (président), M. François Duchesneau, M. Daniel Gilbert,
M^{me} Mireille Lavoie, M. Charles Morasse

 taient absents : M^{me} Nathalie Parenteau et M. Marcel Pepin

COMITÉ DE DIRECTION



M. Denis Bouchard
Président-directeur
général



M^{me} Johanne Lesieur
Directrice des
ressources humaines,
des communications et
des affaires juridiques



M^{me} Isabel Roussin-Collin
Directrice générale adjointe au
programme de santé physique
et directrice de la qualité, de
l'évaluation et de l' thique



M^{me} Nathalie Thibault
Directrice des
soins infirmiers



M^{me} Sophie Bellavance
Directrice des services
multidisciplinaires



M. Daniel Lefrançois
Directeur des services
professionnels



M. Denis Potvin
Directeur des
services techniques



M. Guy Couture
Directeur des ressources
financières et de
la logistique



M. Pierre LeBlanc
Directeur de
l'enseignement et des
affaires universitaires



M. Denis Richard
Directeur scientifique
de la recherche



M^{me} Michèle Clavet
Directrice administrative
de la recherche



M. Sébastien Blais
Directeur de la
performance clinique
et organisationnelle

MESSAGE DES AUTORITÉS

Nous avons le plaisir de rendre publiques les principales activités de l'Institut réalisées au cours de l'année financière 2018-2019, dressant un portrait du travail accompli et de l'évolution générale des priorités. La présentation de ce rapport annuel de gestion est basée sur le Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Certains dossiers ont particulièrement retenu l'attention du conseil d'administration (CA) et du comité de direction. En voici quelques-uns.

Afin de s'assurer de pouvoir répondre aux besoins futurs de ses clientèles, l'Institut a finalisé le plan clinique et a transmis au MSSS une demande officielle pour la réalisation d'un grand projet immobilier. Il s'agit d'un projet structurant pour la pérennité de notre institution et le maintien d'une offre de services de qualité, efficiente et sécuritaire.

L'exercice entourant les préparatifs du Sommet du G7 aura permis de revoir tous nos processus internes à la hausse. Cette extraordinaire mobilisation a démontré toute l'importance de réaliser un tel exercice afin de mieux planifier et coordonner les efforts des différentes équipes et d'évaluer notre capacité à répondre adéquatement à une arrivée massive de blessés.

L'Institut a inauguré de nouveaux espaces en cardiologie tertiaire au coût de 34 M\$, soit : une salle hybride, trois salles d'électrophysiologie ainsi qu'une nouvelle salle opératoire, dans le respect des échéanciers et du budget prévu.

L'Institut a reçu la visite d'Agrément Canada à l'automne 2018. Les visiteurs ont analysé 14 processus prioritaires, 18 pratiques organisationnelles requises (POR) et 575 critères, selon des normes nationales rigoureuses d'excellence. L'établissement satisfait aux 575 critères avec un taux de conformité de 98,95 % et aux 18 POR avec un taux de conformité à 100 %.

Soucieux d'améliorer la qualité de l'environnement de travail de notre personnel, nous avons procédé à une vaste consultation portant sur le climat organisationnel. Cette démarche permettra d'améliorer les conditions de travail afin qu'elles deviennent optimales au plan relationnel, structurel et organisationnel. Le taux de participation à ce sondage s'est avéré très élevé. Nous entendons prêter une attention particulière aux résultats et les diffuser auprès de l'ensemble du personnel au cours des prochaines semaines.

Afin de maintenir une main-d'œuvre qualifiée malgré la pénurie grandissante, nous avons révisé nos stratégies en matière de recrutement en augmentant notre visibilité auprès des jeunes diplômés et de la population.

En terminant, notons que la dernière année s'est distinguée par la réalisation d'activités soulignant le centenaire de l'établissement.


Bonne lecture!



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



Denis Bouchard
Président-directeur général



EN GUISE D'INTRODUCTION

L'INSTITUT EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ QUI A MARQUÉ LE 20^E SIÈCLE ET QUI CONTINUE, PAR LA QUALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE SES SERVICES, À RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ SANS 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 DEUX MILLIONS D'HABITANTS, SOIT ENVIRON 30 % DE LA POPULATION DU QUÉBEC.

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

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



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC





Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

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



VOYEZ COMME C'EST GRAND!

L'INSTITUT :

Nouvelle salle hybride

MISSION

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

VISION

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

À titre d'institut, nous nous distinguons par :

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



Équipe de cyclistes au Grand Défi Pierre Lavoie : Dr Benoît Plourde, Bruno-Olivier Brabant, Dr Christian Couture, Gino Lagueux, Caroline Gagnon et Sébastien Marcoux (absent sur la photo)

LES COMPORTEMENTS ÉTHIQUES QUI NOUS GUIDENT

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

LES VALEURS QUI NOUS PORTENT

LE RESPECT

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

LA RECONNAISSANCE

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

LA RESPONSABILISATION

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

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT

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



Équipe de l'unité coronarienne

SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SOINS

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

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

TRAJECTOIRE	COMPOSANTE	SERVICE
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique ambulatoire de chirurgie de l'obésité
	Unité de chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Unité d'hospitalisation
MÉDECINE SPÉCIALISÉE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de soins de jour <ul style="list-style-type: none"> - Activités de médecine de jour - Anticoagulothérapie - Diabète - Insuffisance rénale - Programme Fragmin/Coumadin • Endoscopie digestive • Programme ATIVAD • Service de suppléance rénale
	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Unité d'hospitalisation
SOINS PALLIATIFS	Unité de médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations en soins palliatifs • Lits dédiés d'hospitalisation
SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES	Unité de médecine spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et soutien à l'autonomie de la personne âgée • Unité d'hospitalisation
PROMOTION DE LA SANTÉ MÉDECINE CARDIAQUE/ CHIRURGIE CARDIAQUE MÉDECINE PULMONAIRE	Soins ambulatoires spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Pavillon de prévention des maladies cardiaques • Réadaptation cardiaque • Réadaptation pulmonaire • Programme d'aide à la cessation tabagique • Clinique de prévention secondaire Traité-Santé
SERVICES TRANSVERSAUX	Service de l'urgence Services diagnostiques <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie médicale • Laboratoires de biologie médicale Services thérapeutiques <ul style="list-style-type: none"> • Bloc opératoire • Thérapie respiratoire Services de soutien clinique <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition clinique • Pharmacie • Service social et liaison • Réadaptation 	



PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

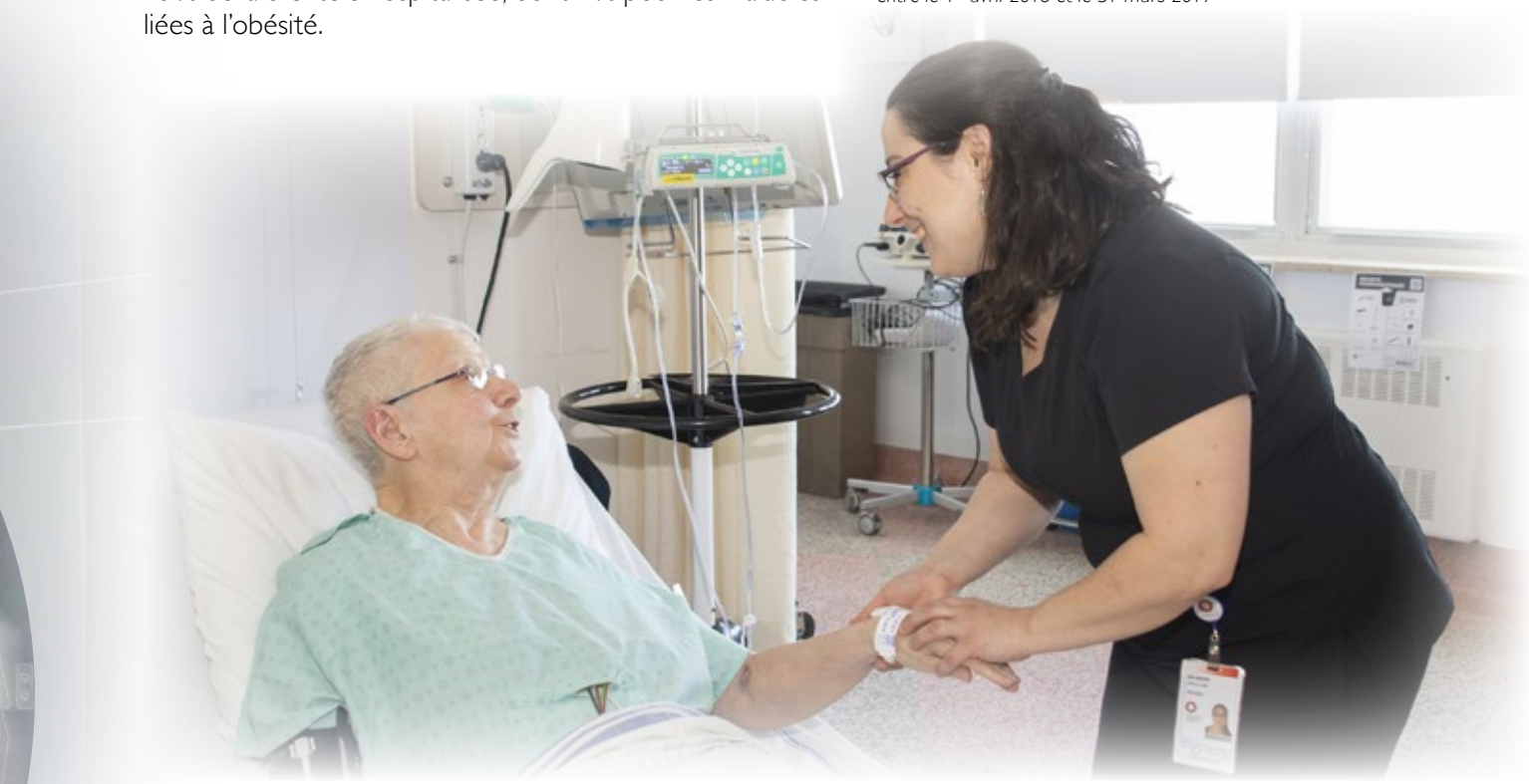
L'Institut dessert principalement la population du centre du Québec et de l'est de la province. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'Institut. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2018-2019, 52 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 48 % est hors région.

Les hospitalisations ont connu une augmentation de 4,5 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 16 299* hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,2 jours par rapport à 15 597 en 2017-2018, pour une DMS de 6,3 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 64 % et 18 %. Les autres spécialités totalisent 18 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité.

La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de plus de 75 ans pour un taux de 33 %. Suit de près la tranche d'âge de 45-64 ans selon une proportion de 30 % de la clientèle totale hospitalisée.

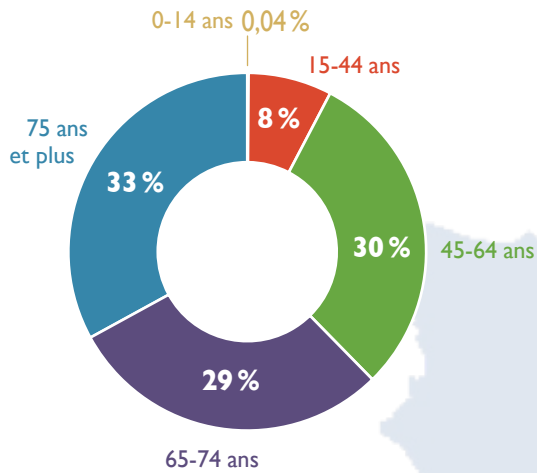
Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services, tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels la médecine interne et les services dentaires curatifs. Pour 2018-2019, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 129 008 visites pour 45 072 usagers, par rapport à 122 952 visites pour 43 690 usagers en 2017-2018. Cela représente une augmentation de 5 % des visites et de 3 % des usagers.

** représente les usagers ayant quitté l'établissement entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019*

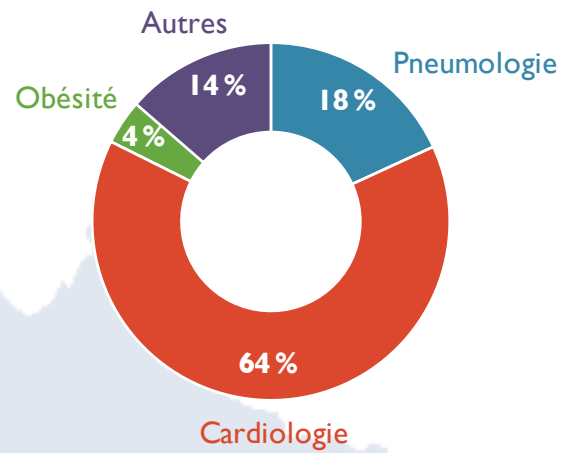


2018
2019

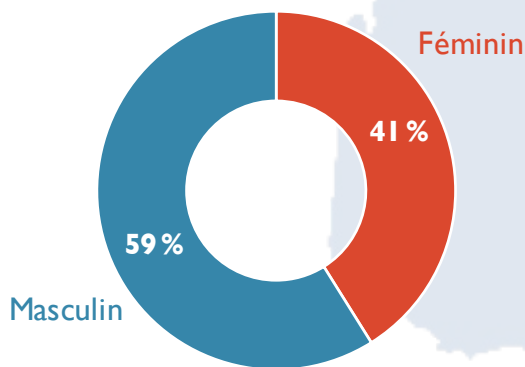
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS
PAR GROUPE D'ÂGE



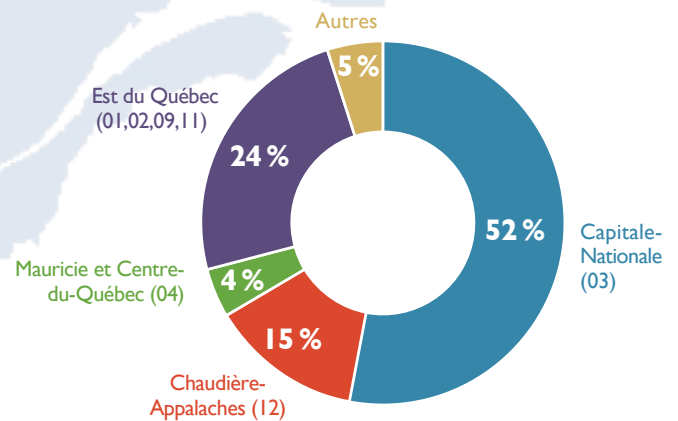
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS
PAR SPÉCIALITÉ



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS



NOMBRE D'HOSPITALISATIONS
PAR RSS*

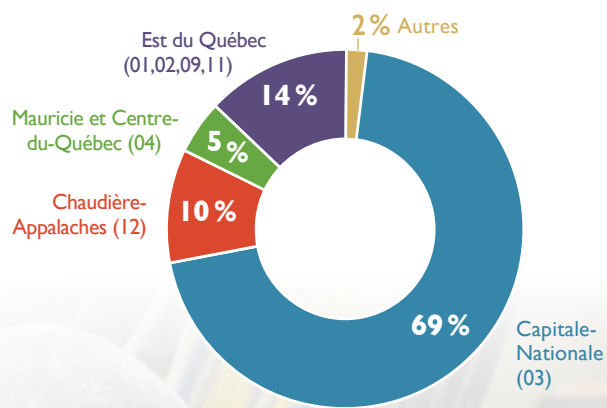


* Régions sociosanitaires du Québec

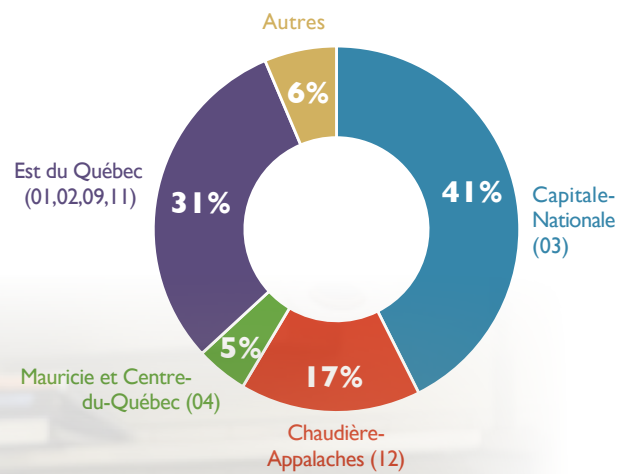
2018
2019

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS
PAR RSS PAR SPÉCIALITÉ

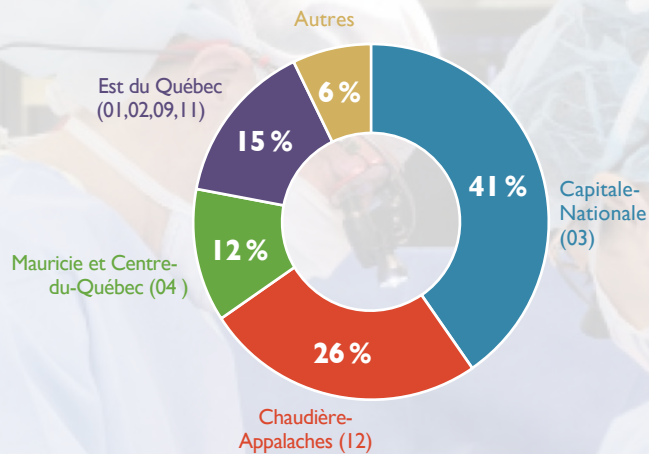
PNEUMOLOGIE



CARDIOLOGIE



OBÉSITÉ



STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2018-2019	2017-2018	VARIATION %
HOSPITALISATION			
Nombre de lits au permis	338	328	3,05
Nombre de lits dressés	327	314	4,14
Admissions	16 346	15 568	5,00
Départs	16 299	15 598	4,49
Séjours moyens (jours)	6,2	6,3	-1,65
Occupation des lits disponibles (en %)	84,7	86,3	-1,82
Total jours-présence	101 206	98 585	2,66
- courte durée	100 877	97 913	3,03
- longue durée	329	672	- 51,04
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	4 833	4 574	5,66
- chirurgie cardiaque	2 826	2 679	5,49
- chirurgie thoracique	834	816	2,21
- chirurgie générale	464	410	13,17
- chirurgie bariatrique (obésité)	647	651	-0,61
- autres spécialités	62	18	244,44
Heures-présence des usagers	16 595	15 657	5,99
Total usagers	4 833	4 574	5,66
- hospitalisés	4 674	4 472	4,52
- en chirurgie d'un jour	159	102	55,88
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	11 450	10 778	6,23
- coronarographies	4 549	4 168	9,14
- angioplasties	3 747	3 483	7,58
- études électrophysiologiques	89	115	-22,61
- ablations	1 061	1 053	0,76
- cardiostimulateurs et défibrillateurs	1 550	1 524	1,71
- autres procédures	454	435	4,37
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 565	1 537	1,82
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	15	28	- 46,43
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	133 021	128 813	3,27
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 872 261	2 957 920	- 2,90
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	19 906	19 176	3,81

	2018-2019	2017-2018	VARIATION %
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1 976	1 827	8,16
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	72 815	70 939	2,64
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	593	683	- 13,18
ENDOSCOPIE			
Total examens	12 965	12 369	4,82
- endoscopie digestive	6 279	6 219	0,96
- endoscopie respiratoire	6 686	6 150	8,72
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	912	854	6,79
- hémodialyse	912	854	6,79
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	6 574	6 140	7,07
Traitements	3 078	2 637	16,72
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	48 159	44 431	8,39
Usagers	30 332	28 733	5,57
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	17 299	17 270	0,17
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	9 884	9 900	- 0,16
ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Total examens	150 993	147 174	2,59
- électrophysiologie	127 059	124 854	1,77
- échocardiographie	23 934	22 320	7,23
URGENCE			
Visites	26 260	26 108	0,58
Usagers sur civières	14 108	13 301	6,07
Usagers ayant séjourné plus de 24 heures	1 515	1 079	40,41
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	14 781	14 821	-0,27
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	21 201	21 611	- 1,90
ALIMENTATION			
Repas	660 703	637 084	3,71
NUTRITION CLINIQUE			
Usagers	7 698	7 228	6,50



PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

Caucus de direction

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



Le rapport annuel de gestion de l'Institut a été élaboré à partir du modèle du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Afin d'alléger le contenu, seuls les axes de ce plan touchant directement notre établissement ont été conservés. Les objectifs ciblés sous chaque axe sont représentés à l'aide du pictogramme suivant :



FAVORISER L'ADOPTION DE SAINES HABITUDES DE VIE AFIN DE PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES ET LES CANCERS

RECHERCHE AXÉE SUR LA PRÉVENTION ET LES SAINES HABITUDES DE VIE

Les axes de recherche de notre centre se situent au cœur des priorités mondiales dans le domaine de la santé et représentent une force stratégique majeure pour freiner la progression de maladies chroniques sociétales et les cancers. Plus de 600 publications scientifiques, dont plusieurs en prévention et liées aux saines habitudes de vie, sont produites chaque année. En voici quelques exemples :

- « *Comparative impact of two continuing education activities targeted at COPD educators on educational outcomes: protocol for a non-randomized controlled study using mixed methods* » publié dans *BMC Health Services Research*
- « *Impact of a one-year lifestyle modification program on cholesterol efflux capacities in men with abdominal obesity and dyslipidemia* » publié dans *American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism*
- « *Is eating pleasure compatible with healthy eating? A qualitative study on Quebecers' perceptions* » publié dans *Appetite*.

HABITUDE DE VIE PPMC

Une augmentation de 2 % des activités des programmes de réadaptation cardiaque et respiratoire du pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) a été observée en 2018-2019. Un nouveau projet a permis à plus d'une vingtaine d'usagers avec une fibrose pulmonaire de bénéficier d'un programme de réadaptation respiratoire spécifique à leur maladie. Le PPMC a également collaboré à l'organisation du troisième symposium en réadaptation cardiorespiratoire, tenu en février 2019 à Québec. Plus de 250 participants des régions du Québec ont assisté à cet événement bisannuel.

MOBILISATION DE L'INSTITUT DANS LE PROJET ÉVÈNEMENTIEL « ÇA MARCHE DOC! »

Pour une troisième année consécutive, le projet évènementiel *Ça marche Doc!* s'est poursuivi par des émissions télévisées diffusées sur les ondes de MATv avec des experts en médecine, urbanisme, économie, foresterie urbaine et architecture. Cette année, trois médecins et chercheurs de l'Institut y ont participé, soit les docteurs Paul Poirier (idéateur et porte-parole), François Maltais et Philippe Pibarot. Ces émissions ont été suivies de marches ludiques exploratoires dans différents quartiers de Québec et de Chaudière-Appalaches. Rappelons que ce projet, lancé en septembre 2016, vise à faire connaître les multiples liens causaux qui existent entre la santé et l'aménagement urbain. Il a été appuyé par le MSSS et financé par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, le CHU de Québec – Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, l'Institut national de santé publique du Québec, l'Université Laval et le Fonds vert dans le cadre du Plan d'action 2013-2020 sur les changements climatiques du gouvernement du Québec.

ENVIRONNEMENT SANS FUMÉE

L'Institut a entrepris une démarche pour devenir un établissement sans fumée. Une nouvelle politique de lutte contre le tabagisme visant la création d'un environnement sans fumée a été adoptée. Une campagne de sensibilisation a été déployée au printemps 2018 afin de faire savoir qu'il est désormais interdit, sauf exception, de faire usage de produits du tabac dans tous les locaux, dans le stationnement intérieur ainsi que sur l'ensemble des terrains des installations de l'Institut, sauf dans les zones fumeurs désignées. Des actions sont mises en place pour atteindre les meilleures pratiques en ce qui concerne la cessation tabagique auprès des usagers.



M^{me} Johanne Elsener, coordonnatrice du projet *Ça marche Doc!*
et D^r Paul Poirier, cardiologue

Vers un environnement
sans fumée!

L'INSTITUT EST FIER
D'OFFRIR UN ENVIRONNEMENT
SAIN ET SÉCURITAIRE POUR TOUS,
DE CHEMIN SAINTE-FOY À
CHEMIN DES QUATRE-BOURGEOIS



ACCROÎTRE LA VACCINATION GRIPPALE CHEZ LES MALADES CHRONIQUES

VACCINATION DES USAGERS DE L'INSTITUT CONTRE L'INFLUENZA

Encore une fois cette année, les équipes cliniques ont participé à la vaccination contre l'influenza des usagers hospitalisés, mais également de ceux qui reçoivent des soins dans les cliniques ambulatoires de l'Institut. Au total, 2 345 évaluations à l'admissibilité à la vaccination contre l'influenza ont été réalisées comparativement à 2 230 en 2017-2018. Depuis cette année, l'implantation d'un logiciel provincial de vaccination permet d'accéder rapidement au profil de vaccination des usagers. Toutefois, ce logiciel n'a pas permis de connaître le nombre de vaccins administrés à nos usagers pendant la saison de la vaccination 2018-2019.

LA POLITIQUE VESTIMENTAIRE : UN OUTIL POUR PROMOUVOIR L'APPARENCE PROFESSIONNELLE!

En juin 2018, l'Institut a adopté une mise à jour de la politique sur la tenue vestimentaire afin d'assurer la prévention et le contrôle des infections, la sécurité des intervenants, le haut risque d'endommager les vêtements, la crédibilité et l'image professionnelle. En effet, l'Institut est soucieux que la tenue vestimentaire reflète l'excellence des soins et des services prodigués.





RÉDUIRE LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

CIBLES ET PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE

Au cours de l'année, le Service de l'urgence a réussi à maintenir la durée moyenne de séjour (DMS) pour les usagers non admis sur civière à 10,9 heures, soit une diminution de 0,2 heure. Toutefois, la DMS des usagers admis a subi une hausse 1,3 heure, ce qui a porté la DMS à l'urgence de la clientèle sur civière à 12,8 heures, comparativement à la cible de douze heures. Le taux d'occupation moyen a été de 98,74 % (cible de 80 %). L'augmentation de la durée de séjour pour la clientèle de l'urgence en attente d'un lit est passée de 13,8 heures à 15,1 heures, soit 1 h 18 minutes de plus. C'est ainsi que malgré un effort organisationnel quotidien, 1 515 des 26 260 usagers de l'urgence ont vécu un séjour sur civière de plus de 24 heures. Actuellement, des actions concrètes sont en place à tous les niveaux de l'organisation, en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et avec le programme Alliance, afin de pouvoir dispenser les services les mieux adaptés, au bon moment et au meilleur endroit.

GESTION DES SÉJOURS À L'URGENCE

L'Institut a présenté une détérioration de la durée moyenne de séjour des usagers à l'urgence, notamment avec l'augmentation de la clientèle sur civière, soit 807 usagers de plus qu'en 2017-2018 et 200 admissions de plus.

En conséquence :

- 39 usagers ont séjourné plus de 48 heures à l'urgence;
- l'urgence a connu une augmentation de 40,5 % des séjours de plus de 24 heures par rapport à l'année précédente;
- la durée moyenne de séjour est passée de 12,3 à 12,8 heures, soit une détérioration de 30 minutes.

 **AXE - PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE**

STATISTIQUES

		2018-2019	2017-2018	2016-2017	2015-2016
HOSPITALISATION	Nombre d'hospitalisations	16 299	15 598	15 396	14 598
	Durée moyenne de séjour courte durée	6,21	6,29	6,44	6,41
	Jours-présence courte durée	100 877	97 913	97 915	94 010
	Durée moyenne de séjour longue durée	22,00	22,88	25,13	34,45
	Jours-présence longue durée	330	672	1 702	1 676
	% moyen d'occupation selon lits disponibles	84,67	86,27	88,11	86,57
URGENCE	DMS sur civière urgence (heures)	12,80	12,35	13,25	12,74
	DMS usagers hospitalisés (heures)	15,0	13,35	14,70	13,14
	Nombre d'usagers sur civière urgence	14 108	13 301	13 461	12 736
	Délai arrivée et demande d'admission (heures)	7,6	7,10	7,62	8,15
	Délai moyen entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soins (cardiologie)	6,2	6,17	7,0	4,49
	% de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de deux heures	70,0	66,9	67,8	69,2
	% de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour est moins de quatre heures	59,8	56,9	57,3	58,3
	% d'usagers sur civière plus de 24 heures	10,74	8,11	13,78	11,28
	Nombre d'usagers sur civière plus de 24 heures	1 515	1 079	1 855	1 437
	% d'usagers sur civière plus de 48 heures	0,28	0	0,10	0,02
	Nombre d'usagers sur civière plus de 48 heures	39	0	14	2



ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES SPÉCIALISÉS DANS DES DÉLAIS MÉDICALEMENT ACCEPTABLES

INAUGURATION OFFICIELLE DE L'AGRANDISSEMENT DU SERVICE D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE CARDIAQUE ET DE L'AMÉNAGEMENT DE LA SALLE HYBRIDE

En août 2018, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale et député de Jean-Talon, M. Sébastien Proulx, a procédé à l'inauguration de nouveaux locaux. Les travaux, réalisés dans le cadre d'un projet d'agrandissement de la façade sur quatre niveaux sur une superficie de 3 254 mètres carrés, ont permis à l'Institut de se doter d'une salle hybride ainsi que d'agrandir et de moderniser son service d'électrophysiologie. À cette occasion, un laboratoire de cathétérisme moderne consacré à la recherche a également été inauguré.

SOINS INTERMÉDIAIRES EN MÉDECINE CARDIAQUE PASSE DE TROIS À CINQ LITS

Les activités de soins intermédiaires dans des espaces fraîchement aménagés ont débuté en septembre 2018. Passant de trois à cinq lits, ce secteur permet une meilleure accessibilité pour la clientèle de soins intermédiaires, mais aussi pour celle des soins critiques puisqu'il dégage les lits de l'unité coronarienne.

AXE - SERVICES SPÉCIALISÉS

LE SRSRSD : 50 ANS DE SUIVI À DOMICILE!

Le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD) a vu le jour en 1969 à la suite d'un projet pilote mis de l'avant par le ministère de la Santé et l'Université Laval. Dès son origine, sa mission est d'offrir, pour toute la région de Québec (Capitale-Nationale), principalement à domicile mais également dans ses locaux, l'enseignement, les soins et les traitements requis par une clientèle adulte et pédiatrique aux prises avec des problèmes respiratoires chroniques ou aigus qui nécessitent un appareil.

En 2001, le SRSRSD a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat d'agir à titre de fiduciaire national en assistance ventilatoire à domicile pour la clientèle adulte des régions de l'est et du centre-du-Québec. Le SRSRSD assume l'ensemble des rôles et des responsabilités afin de garantir des services de qualité et de les distribuer de façon équitable dans toutes les régions du territoire desservi.

Aujourd'hui, environ 1 430 usagers y sont suivis de façon régulière, incluant un peu plus de 600 nouveaux inscrits par année.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (UÉTMS)

L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS) fait partie des quatre missions de notre institut. En 2018-2019, l'Institut a publié un rapport ÉTMIS :

- évaluation du débitmètre ultrasonique pour la vérification de la perméabilité des greffons lors des pontages aortocoronariens.

Deux autres projets d'évaluation réalisés au cours de la dernière année seront publiés en mai 2019 :

- utilisation de la spirométrie incitative pour la prévention des complications pulmonaires postopératoires (collaboration avec le CHU de Québec – Université Laval);
- mesure des résidus gastriques lors de l'alimentation entérale chez les usagers hospitalisés à l'unité des soins intensifs.

D'autres projets sont également en réalisation à l'UÉTMS, dont la hiérarchisation des services de la médecine et de la chirurgie bariatrique au sein du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) et l'induction de l'immunosuppression chez les usagers qui subissent une transplantation cardiaque.

AMÉLIORER LA SURVIE DES USAGERS ATTEINTS DE CANCER

RECHERCHE EN ONCOLOGIE PULMONAIRE

Par ses activités, l'Institut s'est établi comme une référence en oncologie thoracique. À titre d'exemple, au cours de la dernière année, les chercheurs ont publié les résultats de la plus importante étude sur la génétique du cancer du poumon. Ils ont également collaboré avec le *National Cancer Institute* afin de caractériser les bases génétiques du cancer du poumon, spécifiquement chez les non-fumeurs. D'autres projets en cours ont des visées cliniques plus immédiates, dont l'identification des biomarqueurs pour prévenir la récurrence suivant la chirurgie. Le groupe de recherche en oncologie est aussi à l'avant-garde des technologies émergentes. Il codirige actuellement une importante étude canadienne afin d'évaluer la performance et l'efficacité de la prise de sang chez un usager diagnostiqué avec un cancer du poumon afin de détecter une mutation de résistance qui rend l'usager admissible à un traitement ciblé. L'Institut s'implique finalement dans le domaine de l'intelligence artificielle pour étudier les caractéristiques radiologiques des tumeurs pulmonaires afin de prédire leur comportement clinique et leur niveau d'agressivité.



D^r François Maltais, pneumologue, Isabelle Veilleux, traitée pour un cancer du poumon, D^r Simon Martel, chef du Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique.



RENFORCER LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS LIÉES AU SÉJOUR EN MILIEU HOSPITALIER

VISITE D'AGRÉMENT CANADA ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

En novembre 2018, Agrément Canada a procédé à l'évaluation de l'établissement, plus particulièrement des normes de gouvernance, des normes de leadership et des normes cliniques transversales touchant la gestion des médicaments, la prévention des infections ainsi que le retraitement des dispositifs médicaux. À l'issue de cette visite, l'Institut s'est vu octroyer une note globale de 98,95 % pour la qualité et la sécurité des soins et des services : 551 critères ont été jugés conformes sur un total de 557. L'obtention de l'agrément est le résultat d'une démarche rigoureuse menée par les différentes équipes qui ont travaillé de concert avec les gestionnaires, les intervenants, les médecins et les usagers. Au cours de la prochaine année, un suivi sera accordé aux critères jugés non conformes.

Pour l'année 2019-2020, l'établissement a établi deux priorités organisationnelles tirées des informations du rapport d'agrément :

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

Vous pouvez consulter le rapport complet sur le site Internet de l'Institut dans la section « Institut », « Qualité et performance », « Agrément ».

HYGIÈNE DES MAINS

Des audits d'hygiène des mains (HDM) ont été effectués tous les deux mois en fonction des critères de la méthodologie recommandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le taux d'HDM s'élève à 64 % comparativement à 63 % pour l'année 2017-2018. Plusieurs activités pour améliorer cette pratique ont été réalisées, dont la formation aux équipes, la rétroaction continue de la pratique, l'information aux équipes sur les bons moments pour réaliser l'HDM dans une séquence de soins ainsi que la communication des résultats des audits. Les trois derniers audits démontrent un résultat de 67 %, bien que la cible ministérielle soit de 75 %.

PLAN CLINIQUE ET IMMOBILIER DE L'INSTITUT

En novembre 2017, le conseil d'administration de l'établissement a adopté le plan clinique de l'Institut. Ce plan prévoit une augmentation significative des activités cliniques afin de répondre aux besoins de la population. L'exercice du plan clinique conclut au besoin d'investissements majeurs en infrastructures immobilières. Le contexte en évolution de l'Institut crée une pression sur les infrastructures, surtout en raison de l'augmentation des besoins de manière générale (augmentation de la prévalence des maladies, alourdissement/vieillessement de la clientèle, hausse des besoins en recherche), de l'évolution des pratiques et de la technologie ainsi que du vieillissement des infrastructures. Les problématiques s'amplifient malgré les innovations en raison d'un manque d'espaces (chambres exigües), de la désuétude des infrastructures actuelles, tant en ce qui concerne les unités de soins que les activités ambulatoires et les services diagnostiques et thérapeutiques. Un statu quo se traduirait essentiellement par une accentuation de la pression exercée actuellement sur les activités. Par conséquent, les problématiques demeurerait persistantes.

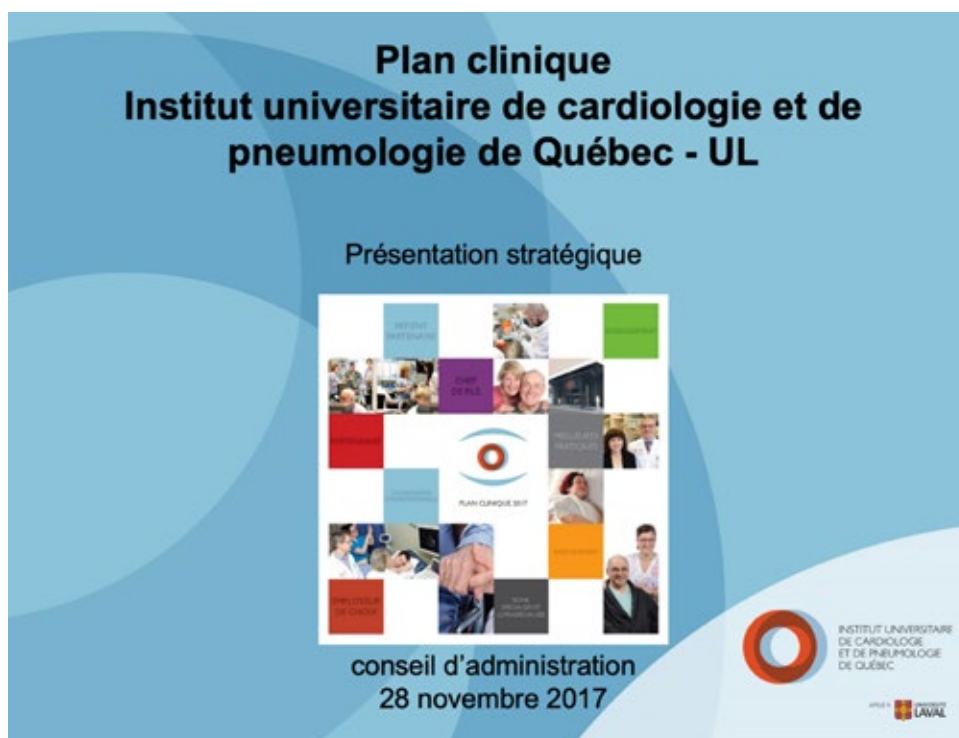
Des représentations ont été effectuées auprès du MSSS pour obtenir les autorisations requises, conformément à la Directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique du gouvernement du Québec. À la suite des premières représentations auprès du MSSS, ce dernier a exprimé le souhait que la solution immobilière puisse être réalisée en phases.

RÉAMÉNAGEMENT DE L'UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (URDM)

L'augmentation des activités d'électrophysiologie et des deux salles opératoires additionnelles à la suite de l'agrandissement du bloc opératoire amènera un flux supplémentaire de dispositifs médicaux à retraiter à l'URDM. De plus, ce projet implique la relocalisation d'une unité de retraitement des dispositifs endoscopiques (URDE) actuellement située au bloc opératoire.

L'augmentation des volumes liés aux unités de soins et aux plateaux techniques est également à considérer. Les lieux physiques actuels étant trop restreints, des travaux d'agrandissement de l'URDM sont donc requis, offrant ainsi l'opportunité d'effectuer une centralisation des activités de retraitement concernant l'endoscopie respiratoire et digestive, le bloc opératoire, l'échocardiographie et l'oto-rhino-laryngologie de même qu'une mise aux normes des installations. Ces travaux ont été précédés d'un kaizen *Lean* avec les services impliqués ainsi que les architectes et ingénieurs mandatés.

Le coût du projet est estimé à 13 M\$ en immobilier et à 5 M\$ en équipements médicaux spécialisés.

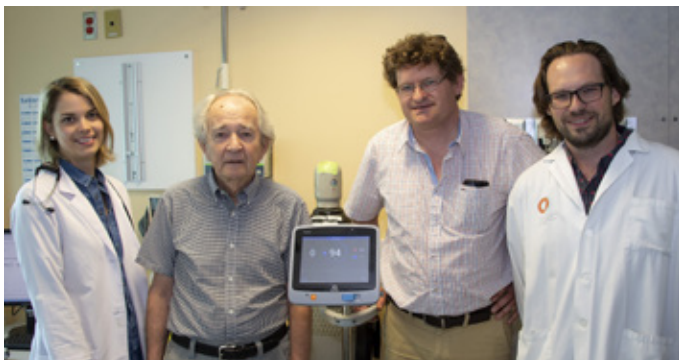


FAVORISER LES EXAMENS ET LES TRAITEMENTS LES PLUS APPROPRIÉS AFIN D'ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET D'ÉVITER DES INTERVENTIONS INUTILES

RECHERCHE DE POINTE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Dans le cadre de différents projets de recherche, les chercheurs de l'Institut sont amenés à développer de nouvelles technologies et modes d'intervention en vue d'améliorer l'offre de traitements aux usagers. Voici quelques exemples survenus au cours de la dernière année :

- implantation par cathéter pour le traitement de l'insuffisance mitrale;
- procédure expérimentale prometteuse pour le traitement de la bronchite chronique;
- étude sur le diabète de type 2 chez les usagers souffrant d'obésité : choisir la meilleure approche chirurgicale améliore le taux de guérison;
- étude pour tester une nouvelle stratégie d'hospitalisation à domicile pour les personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).



M^{me} Janie Harvey, kinésologue, M. Jacques Milot, usager, D^r François Lellouche, interniste intensiviste et chercheur, M. Pierre-Alexandre Bouchard, coordonnateur du projet de recherche

AMÉLIORATION EN IMAGERIE MÉDICALE

Afin d'améliorer l'accès, le Département d'imagerie médicale a déployé une charte afin de prioriser les demandes d'imagerie au chevet, assurant ainsi un service de qualité et sécuritaire. En médecine nucléaire, le médecin prescripteur module les demandes pour la tomographie par émission de positons oncologique en fonction de la pertinence et non sur une base systématique. Dans un souci de répondre au délai d'attente et d'assurer la pertinence des examens prescrits, nous avons révisé nos processus administratifs en éliminant certains examens non requis car implicitement réalisés à même d'autres examens.

CORONER

Il n'y a eu aucune recommandation d'un coroner formulée spécifiquement à notre établissement cette année. Toutefois, deux rapports portant les numéros 2018-00405 et 2018-02279 ont été déposés, présentant des situations qui pourraient survenir dans tout établissement de santé, dont l'Institut. Les suivis requis ont été réalisés à titre préventif à l'Institut.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 DE LA LSSSS) SONT :

Au cours de l'année, des contentions ont été appliquées à 102 usagers. L'application des contentions demeure une option de dernier recours auprès de notre clientèle et de nombreuses mesures alternatives sont utilisées au préalable. La Direction des soins infirmiers, en collaboration avec le comité interdisciplinaire sur l'utilisation des mesures de contrôle, assure un suivi régulier du plan d'action annuel. Ce plan contient des objectifs et des activités planifiées qui assurent la mise en place des pratiques exemplaires de l'utilisation des mesures de contrôle.



CONSOLIDER L'ADAPTATION DES SOINS ET DES SERVICES AUX CONDITIONS DES PERSONNES ÂGÉES

NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)

En collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, les travaux amorcés à l'automne 2017 à l'égard de la clientèle requérant un niveau de soins alternatifs (NSA) ont permis de mieux suivre leurs trajectoires dans le continuum de soins avec nos partenaires. Pour l'année 2018-2019, le séjour moyen d'un usager en statut NSA, dont l'état de santé ne requiert plus de soins aigus par notre établissement, a été de 12,9 jours comparativement à 15,2 jours pour la période du 23 octobre 2017 au 31 mars 2018. Le repérage dès l'inscription à l'urgence des usagers vulnérables de 75 ans et plus, la référence précoce à une équipe d'organisation de soins et de services (ÉOSS), la mise en place de caucus sur les unités de soins pour favoriser le suivi des séjours hospitaliers et la planification du départ sont des exemples de mesures implantées qui ont amélioré l'accessibilité à nos services tertiaires.





ASSURER DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE RESPECTANT LES CHOIX DES PERSONNES

LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Conformément à la *Loi concernant les soins de fin de vie*, l'Institut offre les meilleurs standards de pratique à l'égard de la clientèle nécessitant des soins palliatifs et qui désire une sédation palliative continue ou exprimant la volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir. La qualité des actes médicaux et des soins offerts est évaluée périodiquement par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement. Un rapport annuel est également transmis à la Commission des soins de fin de vie et déposé sur le site Internet de l'Institut. Pour les besoins du présent rapport, le bilan des soins de fin de vie illustré dans le tableau ci-dessous prend en compte le total des données du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018 et des données du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019.

Activité	Information demandée	10 décembre 2017 au 31 mars 2019
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	933
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	57
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	62
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	31
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : <ul style="list-style-type: none"> ■ Ne répond pas aux critères (6) ■ Inapte à consentir au soin (8) ■ Retrait de la demande (9) ■ Décès avant l'administration (3) ■ Décès avant la fin de l'évaluation (3) ■ Déclin rapide avant l'administration (1) ■ Transfert aux soins palliatifs (1) 	31



AXE - PERSONNES VULNÉRABLES

PERSONNES MISES SOUS GARDE

	Mission CH Institut	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	9	S.O.	S.O.	S.O.	9
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	()	S.O.	S.O.	S.O.	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()	S.O.	S.O.	S.O.	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	()	S.O.	S.O.	S.O.	()
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	S.O.	S.O.	S.O.	()

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



MAINTENIR LA MOBILISATION DU PERSONNEL DU MINISTÈRE EN ACCROISSANT SA CAPACITÉ À S'ADAPTER À UN CONTEXTE MINISTÉRIEL EN ÉVOLUTION

ENTREPRISE EN SANTÉ

Le comité santé et mieux-être a poursuivi ses activités en organisant les olympiades du centenaire, en offrant des méditations pleine conscience et en permettant aux employés de se procurer un panier biologique sur les lieux de travail. De plus, l'Institut s'est vu reconnaître l'ensemble de ses efforts déployés pour améliorer ses pratiques en obtenant la certification Entreprise en santé Élite. Par cette reconnaissance, l'organisation s'engage à poursuivre ses efforts pour chacun des volets, soit « Habitudes de vie », « Équilibre travail et vie personnelle », « Environnement de travail » et « Pratiques de gestion ».

ACTIVITÉS DE RECONNAISSANCE

Gala reconnaissance

Le 24 mai 2018 avait lieu la neuvième édition du gala reconnaissance de l'Institut où plus de 380 invités ont pu assister au dévoilement des personnes et des équipes en nomination ainsi que des lauréats des quinze catégories. Un prix « Coup de cœur » a également été décerné à l'ensemble des intervenants ayant contribué à l'intervention menée auprès d'une mère nécessitant une intervention d'urgence au cœur, tout en sauvant et en mettant au monde son enfant, et ce, au sein de nos murs. Pour couronner cette activité, le « Prix d'excellence » a été décerné au docteur Christian Couture, pathologiste et chef de service aux laboratoires de biologie médicale.



Dr Mathieu Simon, pneumologue, M. Denis Bouchard, président-directeur général et M^{me} Jessica Quinton, usagère



Dr Christian Couture, accompagné de sa conjointe et de leurs filles

AXE - MOBILISATION DU PERSONNEL

Soirée hommage aux personnes retraitées et reconnaissance des 25 ans de service

L'édition 2018 de la soirée hommage aux personnes ayant atteint 25 années de service et aux personnes retraitées s'est tenue le 5 novembre. Afin de mettre en valeur les débuts de l'établissement il y a cent ans, le thème de la soirée portait sur les années 1920. Cette soirée annuelle vise à reconnaître l'engagement et la contribution des gens à l'excellence des soins et des services dispensés par l'Institut. Sur un total de 62 personnes, quinze ont atteint 25 années de service et 47 ont pris leur retraite.



Soirée hommage aux bénévoles

Depuis les débuts de l'établissement, il y a toujours eu des bénévoles pour offrir une présence complémentaire aux activités quotidiennes.

Depuis 1982, l'Association des bénévoles est incorporée sous sa forme actuelle et son rôle consiste à regrouper les bénévoles de l'Institut, à participer au bien-être des personnes qui y reçoivent des soins, à participer à la vie intérieure du centre hospitalier par leur présence à des comités et d'offrir de la formation continue à ses membres.



PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'Institut a procédé à la mise en œuvre de son deuxième plan d'action à l'égard des personnes handicapées. Avec le soutien de l'ensemble des directions, un bilan des activités ainsi qu'un exercice de priorisation des actions ont été réalisés. Les initiatives accomplies en cours d'année ont été axées sur la sensibilisation aux réalités que vivent ces personnes, aussi bien lors d'une prestation de soins ou de services que lors d'un stage ou dans l'exercice de leurs fonctions en milieu de travail. L'Institut a donc poursuivi la bonification de ses services offerts aux personnes handicapées, en considérant leurs besoins d'accommodement dans un but d'amélioration de leur expérience.



PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) a actualisé la deuxième année de son plan d'action de stratégies de recrutement. Plusieurs actions ont été mises de l'avant afin d'assurer une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante. Treize activités de recrutement diverses ont été réalisées, telles que la journée des jeunes explorateurs ainsi qu'une journée porte ouverte pour nos soins critiques. Par ailleurs, la séquence des entrevues a été revue.

L'équipe de recrutement a pu être soutenue par le Bureau des communications qui a poursuivi ses actions visant à augmenter le nombre de curriculum vitae reçus de l'externe pour les titres d'emploi en veille, à augmenter la visibilité de nos offres d'emploi et à positionner l'Institut comme un employeur de choix. Ainsi, deux campagnes ont été organisées. Différents moyens ont été mis en place dont la création de visuels promotionnels, la production de capsules vidéo et la refonte de la section « Emplois » sur le site Internet. Par le biais des médias sociaux, une importante stratégie a été mise en place pour diffuser ces contenus créatifs. Toutes ces interventions ont permis d'augmenter le nombre d'entrevues de 72 % et l'embauche de 36 % par rapport à l'année précédente.

INTRODUCTION DE CANDIDATES À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE DANS LES SOINS CRITIQUES

L'objectif vise à faire connaître les unités de soins intensifs à des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) au niveau baccalauréat, et ce, afin de favoriser l'attraction ainsi que la rétention et de susciter l'intérêt des jeunes infirmières pour ces centres d'activités ultrasécialisées. Le but est d'assurer une relève infirmière compétente dans les soins intensifs. Dès lors, au printemps 2018, la Direction des soins infirmiers a mis en place le projet d'intégration de CEPI, au terme duquel les six candidates ont réussi leur probation ainsi que leur examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.



ÉQUIPE DE SOUTIEN À L'AMÉLIORATION CONTINUE EN PRÉVENTION

En fin d'année 2018, l'Institut s'est engagé à offrir de nouveaux services en prévention des risques à la santé au travail afin d'assurer un milieu de travail sain et sécuritaire pour tout le personnel, soutenant ainsi une culture de promotion et de prévention durable au travail. Une équipe de soutien à l'amélioration continue en prévention a été créée au sein de la DRHCAJ afin d'évaluer les risques à la santé au travail et à mettre en œuvre des actions pour réduire ces risques en impliquant les équipes sur le terrain tout au long du processus. Cette démarche s'inscrit en continuité avec le déploiement du système de management en santé et sécurité du travail et s'intègre à la culture d'amélioration continue de la qualité et de la performance bien ancrée dans notre organisation. Les actions viseront d'abord des secteurs en fonction des données d'absentéisme et d'autres indicateurs relativement à la main-d'œuvre.

LE SOMMET DU G7 : UNE MOBILISATION ACCRUE

Le Sommet du G7 s'est tenu les 8 et 9 juin 2018. Pour l'Institut, les préparatifs ont débuté à l'automne 2017. Le comité directeur G7 a été une instance de concertation locale en sécurité civile créée en vue des préparatifs touchant la mission santé de l'Institut lors de la visite du G7 à La Malbaie, sur le territoire de Charlevoix. Il a apporté à notre institution des mécanismes de coordination efficaces permettant une préparation concertée avec la structure de gouvernance régionale, dans le contexte de cet événement important qui a mobilisé plusieurs intervenants de notre institution. Toutes les actions ont été réalisées en partenariat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale qui a le leadership régional en sécurité civile, en collaboration également avec le CHU de Québec – Université Laval.

Le comité directeur G7 a travaillé notamment sur l'offre de service médical et la trajectoire d'arrivée massive potentielle de blessés, la décontamination, la disponibilité en main-d'œuvre, les communications et le maintien des activités en cas de sinistre. De nombreux collaborateurs ont minutieusement planifié toutes les actions requises en cas de situations particulières. Tous nos processus internes ont alors été analysés et revus à la hausse :

- organisation clinique;
- trajectoire de prise en charge et planification des corridors de services interétablissements;
- protocoles d'intervention et de communication;
- mesures d'urgence, code orange, formation, etc.

Cette extraordinaire mobilisation a démontré toute l'importance de réaliser un tel exercice afin de mieux planifier et coordonner les efforts des différentes équipes à évaluer notre capacité à répondre adéquatement à une arrivée massive de blessés.

G7 : UNE MOBILISATION ACCRUE POUR UNE MISSION ACCOMPLIE!

OPÉRATION BONS COUPS

Membres du comité directeur G7 : 1^{er} rangée: Valérie Lefrançois (DST), Bruno Charbonneau (de centre), Mélanie Lemire (DST), Isabelle Rousseau-Collin (DCA), Jean-Benoît Doré, Caroline Gauthier (DRHCA), 2^e rangée: Amélie Cantin (DRHCA), Jean Gauthier (coordonnateur local de sécurité civile), Pierre Fradette (DSM), Guy Cocherre (DST) et Daniel Vigneault (ISSP).

Le sommet du G7 aura mobilisé les équipes de l'Institut durant les mois précédents et les jours de l'événement. Le comité directeur G7 ainsi que de nombreux collaborateurs ont minutieusement planifié toutes les actions requises en cas de situations particulières. Tous nos processus internes ont été analysés et revus à la hausse, et ce, en collaboration avec nos différents partenaires régionaux de la mission santé en sécurité civile.

Cette extraordinaire mobilisation a démontré toute l'importance de réaliser un tel exercice afin de mieux planifier et coordonner les efforts des différentes équipes à évaluer notre capacité à répondre adéquatement à une arrivée massive de blessés.

Bravo à tous d'avoir permis de mettre à jour nos différents plans d'action!

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

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

1918-2018

FAVORISER LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE

ACCUEIL DU NOUVEAU PERSONNEL (EMPLOYÉS, CHERCHEURS, ÉTUDIANTS ET STAGIAIRES) ET RENOUVELLEMENT DES CONTRATS À LA DIRECTION DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE (DRU)

CONTEXTE

Annuellement, le Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec accueille plus de 300 nouveaux employés, médecins et étudiants. Au fil du temps, les processus ont peu évolué et le manque de ressources et de temps devient flagrant et affecte la qualité des services rendus.

Il est en fait même pour le renouvellement des contrats annuels qui requiert beaucoup d'énergie pour les ressources en place (800 renouvellements annuels).

PROBLÉMATIQUES

PHASE 1 (ACCUEIL) :

- Plusieurs demandes adressées à des services différents pour obtenir les éléments nécessaires pour l'accueil du nouveau personnel;
- Plusieurs demandes faites en double, voire en triple, par les intervenants, suscitant de la confusion et une perte de temps importante de toute part;
- Confusion entre les rôles et responsabilités des différents intervenants;
- Manque de standardisation ne permettant pas le suivi adéquat du processus d'accueil;
- Manque de communication entre le processus de recrutement et celui du renouvellement.

PHASE 2 (RENOUVELLEMENT) :

- Difficulté à obtenir l'information nécessaire par le chercheur/investigateur sur le renouvellement du personnel sous leur charge;
- Manque de temps nécessaire pour la validation des informations avec les équipes;
- Processus sans assurance automatisée (i.e., création manuelle des contrats de renouvellement);
- Processus suscitant des retards en amont, notamment compte tenu de la signature du contrat de travail avant l'autorisation par les finances;
- Processus non standardisé et non documenté rendant ardu le transfert à une autre personne lors des absences.

OBJECTIFS

PHASE 1 (ACCUEIL) :

1. Assurer l'installation du renouvellement de contrat directement par les équipes de recherche.
2. Diminuer le nombre de jours moyen nécessaire pour compléter le renouvellement de contrat, en faisant passer de 14 à 3.
3. Une fois la nouvelle personne arrivée, diminuer le nombre de jours nécessaires pour l'obtention de l'embauche des outils requis (de 7 à 2 jours maximum).

PHASE 2 (RENOUVELLEMENT) :

1. Assurer l'installation du renouvellement de contrat directement par les équipes de recherche.
2. Diminuer le nombre de jours moyen nécessaire pour compléter le renouvellement de contrat, en faisant passer de 14 à 3.
3. Diminuer le pourcentage du nombre de renouvellements de contrat en retard par rapport à la date d'échéance, en le faisant passer de 20 % à un maximum de 5 %.

SOLUTIONS INNOVANTES

APPROCHE UTILISÉE : atelier Kaizen de 3 jours réalisé pour un premier volet du projet et un atelier Kaizen de 2 jours pour le deuxième volet du projet.

Cartographie du processus

Inverser le séquence de travail

- On prépare le dossier de l'employé avant sa première journée;
- On débute les demandes 3 semaines avant l'arrivée du nouvel employé;
- Autorisation d'un montant maximum des finances.

Formulaire progressif

Guichet unique pour l'accueil du nouveau personnel

- On centralise les demandes pour :
 - sites;
 - destinataire de téléphone;
 - code d'accès;
 - applications UCPO;
 - lettres de sécurité.

RÉSULTATS

PHASE 1

- Atteinte de 100% des objectifs identifiés;
- Grand engagement de l'équipe de soutien qui perdure dans le temps;
- Renforcement local de la recherche et de son projet (articles dans le journal de l'établissement avec remerciements des employés impliqués dans le Kaizen).

PHASE 2 - EN COURS

LEÇONS APPRISSES

- ✓ La possibilité d'effectuer un développement informatique (logiciel informatique disponible au sein de la Direction) a démontré être un facteur de succès de ce projet;
- ✓ L'implication directe de certains membres de l'équipe informatique dans le Kaizen a permis l'identification et la compréhension exacte des problématiques, des objectifs visés et des possibilités de développement en support au processus visé;
- ✓ L'implication d'un membre de chacune des directions concernées est un facteur clé pour la réalisation de toutes les phases du projet;
- ✓ La mise en place d'un plan de gestion de changement rigoureux, ce qui inclut un plan de communication clair, est primordiale pour le succès de ce projet qui touche un très grand nombre d'acteurs.

LEAN UCPO

COMPARAISON DES RATIOS D'ASSURANCE SALAIRE SUR QUATRE ANS

Le ratio d'assurance salaire cumulatif pour l'année 2018-2019 a atteint un taux de 6,01 % alors qu'il était à 6,27 % l'an dernier. Dans le cadre des ententes de gestion, la cible de l'assurance salaire ($\leq 5,36$ %) déterminée par le MSSS pour l'année 2018-2019 n'a donc pas été atteinte. La majorité des absences de nature psychologique sont en lien avec des stressseurs de nature personnelle.

Comparaison des ratios d'assurance salaire sur quatre ans

Ratio assurance salaire	2018-2019	2017-2018	2016-2017	2015-2016
Institut	6,01 %	6,27 %	5,38 %	5,39 %
Provincial	7,52 %	7,42 %	6,94 %	6,29 %

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion du ministère de la Santé et des Services Sociaux, mai 2018

RESSOURCES HUMAINES

Au 31 mars 2019		
	ENCADREMENT	AUTRES
Moins de 30 ans	2	772
30-39 ans	22	702
40-49 ans	31	518
50-54 ans	15	254
55 et plus	13	323
SOUS-TOTAL	83	2 569
TOTAL	2 652	

Portrait des embauches/départs	
Embauches	470
Départs à la retraite	33
Départs	331
Total (départs)	334

Personnel d'encadrement	
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	75
Temps partiel	8
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0

Personnel régulier	
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 338
Temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 230
Sécurité d'emploi	1

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Inst. Univ. cardiologie - pneumologie Québec - UL

1362-3616

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Aucun élément signalé.						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucun élément signalé						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Commentaires soulevés au sujet des produits reportés : voir 3 points ci-dessous à même le rapport à la gouvernance.						
Rapport à la gouvernance						
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux frais indirects de recherche	2014	O	La direction a mis en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.	X		
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs aux fonds de partenariat	2014	O	La direction mettra en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.			X
Anomalies non corrigées - Produits reportés relatifs à l'enseignement universitaire - Centre du savoir	2016	O	La direction a mis en place des mesures permettant de réduire les soldes des produits reportés.	X		
Écritures de journal ne sont pas	2016	O	En 2018-2019, une vérification	X		

SUITE - ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 Inst. Univ. cardiologie - pneumologie Québec - UL 1362-3616 140-00 /
 exercice terminé le 31 mars 2019

révisées ni approuvées par le supérieur immédiat ou une autre personne.			périodique des écritures de journal a été effectuée sur base d'échantillonnage.			
Lacunes observées concernant l'imputation des charges par projet de recherche.	2018	O	L'établissement a effectué un suivi plus rigoureux d'attribution des charges et a sensibilisé les équipes concernées au cours de l'exercice 2018-2019.	X		
Restreindre la gestion des accès au personnel affecté à la sécurité TI.	2015	O	L'établissement est d'avis que la gestion des accès aux applications revient au pilote de système (politique DSM-024).			X
L'application Virtuo Paie ne force pas la modification périodique du mot de passe.	2015	O	Une mise à jour de l'application a permis de régler cette problématique.	X		
L'application Virtuo Paie ne requiert pas la sélection d'un mot de passe complexe.	2015	O	Une mise à jour de l'application a permis de régler cette problématique.	X		
L'application Virtuo Paie ne verrouille pas automatiquement un compte après un nombre raisonnable de tentatives d'accès infructueuses.	2015	O	Une mise à jour de l'application a permis de régler cette problématique.	X		
Il n'y a pas de révision périodique des profils des utilisateurs pour Virtuo Paie.	2015	O	Le travail de révision a débuté en 2017 et ne sera poursuivi considérant la mise en place du système informatique uniformisé. L'établissement a implanté également en juin 2018 la désactivation automatique de tous les comptes de domaine inutilisés pendant une période de 90 jours. De plus, les profils des utilisateurs pouvant créer un utilisateur ont été revus.		X	
Il n'y a pas d'approche structurée pour la surveillance et révision des journaux.	2015	O	Tout est journalisé. Les journaux sont disponibles, mais révisés au besoin ou suite à un événement particulier.		X	
Aucun plan de relève n'a été rédigé pour assurer la continuité des opérations au niveau des applications financières.	2015	O	Le mécanisme de relève par virtualisation multisites et récupération de copies de sécurité a été décrit, démontré et testé en 2017. La documentation de ce processus a été produite.	X		

SIGNIFICATION DES CODES :

Colonne 3

« Nature » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

Colonne 5, 6 et 7

« État de la problématique » :

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

EFFECTIFS MÉDICAUX – MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

L'Institut a déposé au MSSS son portfolio organisationnel et a contribué à la cartographie des services surspécialisés du RUIS-UL, travaux qui ont permis de définir un plan des effectifs médicaux de l'Institut pour les différentes spécialités médicales, dont la médecine de famille, afin de répondre toujours mieux à la clientèle de nos missions de soins secondaires et tertiaires. Les dentistes et pharmaciens, qui ne font pas l'objet d'un plan d'effectifs précis, sont au cœur des services médicaux offerts à

la clientèle de l'Institut. Afin de respecter la structure proposée par le MSSS, les départements de psychiatrie et des soins intensifs sont, depuis juin 2018, inclus au Département de médecine spécialisée. Également depuis cette date, les membres du Département des laboratoires de biologie médicale sont membres associés et font partie du Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique.



D^r Bruno Raby, président intérimaire, D^r Daniel Lefrançois, directeur des services professionnels, M. Denis Bouchard, président-directeur général, D^{re} Marie Claude Vézina, première conseillère, D^r Sébastien Robert, deuxième conseiller, M^{me} Julie Racicot, secrétaire trésorière et le D^r Jacques Villeneuve, représentant au CA.
Absents sur la photo : D^r Franck Molin, président et le D^r Éric Dumont, vice-président

Effectifs médicaux et dentaires au 31 mars 2019*

Département	Type de statut		
	Actif	Associé	Total
Anesthésiologie	20	0	20
Chirurgie générale et bariatrique	9	0	9
Médecine générale	6	10	16
Médecine spécialisée	20	45	65
Médecine d'urgence	17	1	18
Imagerie médicale	12	8	20
Multidisciplinaire de cardiologie	56	8	64
Multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique	30	14	44
GRAND TOTAL	170	86	256

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



AMÉLIORER LA GOUVERNANCE ET RÉDUIRE LA STRUCTURE D'ENCADREMENT DU RÉSEAU

L'établissement bénéficie d'un budget annuel total de 293 679 743 \$. Au cours de l'exercice financier 2018-2019, la partie du budget alloué pour les activités principales a été utilisé selon le tableau ci-après.

Programme	Exercice courant		Exercice précédent		Exercice courant	
	Dépense	%	Dépense	%	Variation Dépenses	Variation %
Programme-service						
Santé publique	273 182 \$	0,11	332 869 \$	0,14	-59 687 \$	- 17,9
Services généraux – activités cliniques et d'aide			14 592 \$		-14 592 \$	
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	131 387 \$	0,05	554 639 \$	0,24	- 423 252 \$	- 76,3
Santé mentale	190 953 \$	0,08	188 126 \$	0,08	2 827 \$	1,5
Santé physique	191 307 841 \$	78,95	181 540 246 \$	79,08	9 767 595 \$	5,4
Programme-soutien						
Administration	11 962 293 \$	4,94	11 414 348 \$	4,97	547 945 \$	4,8
Soutien aux services	19 829 596 \$	8,18	17 664 791 \$	7,69	2 164 805 \$	12,3
Gestion des bâtiments et des équipements	18 630 812 \$	7,69	17 856 128 \$	7,78	774 684 \$	4,3
Total	242 326 064 \$		229 565 739 \$		12 760 325 \$	5,6 %

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement présente au 31 mars 2019 un surplus de 903 890 \$ composé d'un surplus de 712 595 \$ pour le fonds d'exploitation et d'un surplus de 191 295 \$ pour le fonds d'immobilisations. Ainsi, l'établissement s'est conformé à l'obligation légale de ne pas encourir de déficit au terme de l'exercice financier.

Les contrats de services

Le tableau suivant dénombre les contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus.

	Nbre	Valeur
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	48	6 573 505,14 \$

GOUVERNANCE ET ENCADREMENT

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

13623616 - Inst. univ. cardio. et pneumo. de Québec		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	171 547	0	171 547	93	105
	2015-16	149 947	20	149 967	82	102
	2016-17	147 703	1	147 703	80	90
	2017-18	141 608	1	141 609	77	96
	2018-19	139 463	69	139 532	76	97
	Variation	(18,7 %)		(18,7 %)	(18,5 %)	(7,6 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	264 164	1 208	265 372	144	189
	2015-16	255 583	1 196	256 779	139	196
	2016-17	217 920	1 611	219 531	118	164
	2017-18	221 478	1 590	223 068	120	170
	2018-19	224 942	1 389	226 331	122	176
	Variation	(14,8 %)	15,0 %	(14,7 %)	(15,2 %)	(6,9 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 531 080	30 911	1 561 991	808	1 091
	2015-16	1 483 773	39 831	1 523 604	783	1 011
	2016-17	1 482 706	50 399	1 533 106	782	1 033
	2017-18	1 496 936	47 659	1 544 596	790	1 047
	2018-19	1 558 567	59 034	1 617 601	822	1 105
	Variation	1,8 %	91,0 %	3,6 %	1,7 %	1,3 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	1 641 378	34 521	1 675 899	905	1 292
	2015-16	1 630 415	39 086	1 669 501	900	1 307
	2016-17	1 632 141	45 721	1 677 862	900	1 294
	2017-18	1 497 180	43 636	1 540 816	824	1 218
	2018-19	1 538 215	46 664	1 584 879	847	1 276
	Variation	(6,3 %)	35,2 %	(5,4 %)	(6,4 %)	(1,2 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	353 090	2 048	355 137	180	350
	2015-16	348 422	1 816	350 238	177	327
	2016-17	352 956	2 457	355 412	179	313
	2017-18	360 746	2 776	363 522	183	327
	2018-19	375 452	3 975	379 427	191	365
	Variation	6,3 %	94,1 %	6,8 %	6,1 %	4,3 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 455	13	10 468	6	28
	2015-16	8 171	4	8 174	5	23
	2016-17	7 744	7	7 751	4	24
	2017-18	8 441	2	8 443	5	25
	2018-19	9 361	18	9 379	5	28
	Variation	(10,5 %)	43,5 %	(10,4 %)	(10,8 %)	0,0 %
Total du personnel	2014-15	3 971 714	68 700	4 040 414	2 136	2 915
	2015-16	3 876 310	81 952	3 958 263	2 084	2 819
	2016-17	3 841 169	100 196	3 941 365	2 065	2 798
	2017-18	3 726 389	95 665	3 822 054	1 999	2 756
	2018-19	3 846 000	111 149	3 957 148	2 063	2 894
	Variation	(3,2 %)	61,8 %	(2,1 %)	(3,4 %)	(0,7 %)

Cible en heures rémunérées pour 2018-2019 : **3 878 510**
 Écart à la cible : **78 638**
 Écart à la cible en % : **2,02**

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le MSSS. Concrètement, ce dépassement est attribuable à des dépenses additionnelles liées notamment à la hausse de volume en cardiologie tertiaire, à un nombre d'heures plus élevé en orientation de carrière, en attribution de vacances annuelles et de droits parentaux.

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le comité de développement durable est en phase de planification des actions prioritaires pour les années à venir. De plus, deux visites dans d'autres institutions ont été effectuées par les membres du comité pour s'inspirer des pratiques externes en développement durable ainsi que pour parfaire les connaissances du comité. Nous sommes actuellement à travailler sur divers projets pour faire connaître le comité à l'ensemble de l'Institut, particulièrement par un kiosque où les membres du comité font rayonner nos pratiques actuelles en développement durable.

COÛTS PAR PARCOURS DE SOINS ET DE SERVICES

Le déploiement initial de la solution informatique *Power Performance Manager* soutenant la reconstruction du parcours et des coûts par parcours de soins et de services a été complété à l'automne 2018. À titre d'établissement associé au Centre de développement et d'opérationnalisation, nous avons soutenu grandement l'ensemble du réseau et le MSSS dans l'évaluation des données et la validation des extractions de données d'une douzaine de systèmes d'information. Ainsi, l'Institut est bien positionné au niveau provincial et influence le développement des méthodologies de coûts et de reconstruction des parcours de soins et de services ainsi que des coûts y étant associés, en vue du financement axé sur l'utilisateur.

OPTIMISATION DU PROCESSUS D'ADMISSION DE L'URGENCE VERS LES UNITÉS DE SOINS

CONTEXTE

LA FLUIDITÉ DE L'ADMISSION DES USAGÉS EN PROVENANCE DE L'URGENCE VERS LES UNITÉS DE SOINS EST UN ENJEU IMPORTANT DE L'ORGANISATION. EN PLUS DE GÉNÉRER DES DÉLAIS PARFOIS INDOUS POUR LES PATIENTS, CE PROCESSUS A UNE INFLUENCE NÉGATIVE SUR LE CLIMAT DE TRAVAIL ENTRE LES DIFFÉRENTES ÉQUIPES.

PROBLÉMATIQUES

- Différence importante dans le volume d'admission au cours de la journée (volume d'admission nettement plus élevé en après-midi et en soirée - gouda);
- Non-concordance de la disponibilité des lits (AM) avec les admissions (PM et soirée);
- Usagers admis qui demeurent à l'urgence malgré la disponibilité des lits (augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) pour certains usagers par rapport à la DMS globale);
- Mauvais amarrage entre le personnel de l'urgence et le personnel des unités de soins ayant pour conséquence une augmentation des tensions entre les deux équipes;
- Gestion des admissions inefficace (en flux poussé);
- Processus individu-dépendant.

OBJECTIFS

Identifier les rôles et responsabilités des intervenants impliqués dans le processus.

Règlement 11

- Optimisation des départs des usagers en tenant compte du règlement 11;
- Les mécanismes de coordination entre les équipes sont définis à partir du moment où l'usager est admis;
- Meilleure utilisation des lits vacants de l'unité de soins tout en respectant la mission de l'unité de soins.

Amélioration des relations interéquipes

- La circulation de l'information est fluide entre les équipes;
- J'ai la bonne information au bon moment afin d'effectuer mon travail;
- De façon générale, je suis satisfait de l'ambiance de travail entre les équipes.

SOLUTIONS INNOVANTES

Rapport entre urgence et unités de soins

- Prise de rapport devient uniforme pour l'ensemble de l'hôpital (feuille SURGE)
- Élimination du gaspillage de temps à l'urgence
- Outil unique pour le karder (Fiche infirmière SURGE)
- Fiche infirmière devient le rapport écrit pour les unités de soins
- Transmission du rapport
- Modèle hybride (parlé et écrit)

Collaboration interéquipes

- Flux tiré
 - L'infirmière de l'unité de soins appelle l'infirmière de l'urgence lorsque le lit est prêt;
 - Confiance mutuelle entre individus (AC-ANC, personnel étage, personnel urgences);
 - Rôles et responsabilités de chaque intervenant dans le processus bien définis;
 - Accès de SURGE en consultation par les étages (AC seulement).

Gestion des admissions

- Règle de gestion des admissions
 - Monter le patient aussitôt qu'il est admis (on souhaite tendre vers cette solution).

Télémétres

- Harmonisation du processus lorsque les télémetres sont disponibles.
 - Lorsque la télémetre d'est non disponible, de nombreux appels devaient être faits. Dorénavant, l'AC de l'urgence sera responsable de la coordination d'une disponibilité de télémetre.

LEÇONS APPRIS

- Projet fait dans le cadre de la certification d'un nouvel agent LEAN couleur verte. Projet d'une très grande envergure. Une meilleure évaluation initiale aurait pu conduire à l'attribution de ce projet à un agent plus expérimenté. Cette évaluation initiale n'est pas à négliger afin d'évaluer la difficulté du projet.
- Choix des objectifs initiaux du projet fait rapidement. Nécessité par la suite de définir au moins un autre objectif mesurable afin de pouvoir identifier adéquatement les gains réalisés.
- L'appui des directeurs a été nécessaire afin de continuer l'implémentation sur l'ensemble des unités de soins. Le projet qui a dû être identifié par ceux-ci comme prioritaire afin de lui permettre un déploiement optimal.

IMPACTS

DÉLAI ENTRE LA PRISE DE RAPPORT ET L'ARRIVÉE DU PATIENT À L'ÉTAGE

DÉLAI ENTRE LE LIT PRÊT ET LA TRANSMISSION DU RAPPORT

POUR ENVIRON LA MOITIÉ DES ADMISSIONS, LE RAPPORT EST PRIS À L'INTERIEUR D'UN DÉLAI DE 15 MINUTES ET PLUS DE 65 % DES ADMISSIONS, CE DÉLAI EST DE 30 MINUTES OU MOINS.

© 2018 Institut de la santé mentale, 1000, rue de la Santé, Québec, Québec G1S 4G8

GESTION DES RISQUES DE CORRUPTION ET DE COLLUSION EN GESTION CONTRACTUELLE

L'Institut a mis en place le comité de gestion des risques en matière de corruption et de collusion, tel que requis dans le cadre des obligations imposées par l'Autorité des marchés publics en matière de gestion des risques de corruption et de collusion en gestion contractuelle. Composé de douze représentants provenant de l'ensemble des directions, le comité se réunit périodiquement. À ce jour, les membres du comité ont évalué le niveau d'efficacité des contrôles de 45 risques potentiels au sein de l'Institut et ont ciblé trois risques élevés à travailler, soit :

- risque de perte d'expertise;
- risque d'influence externe;
- risque de favoritisme.

Un plan d'action est en rédaction et sera déposé à l'automne. Il comprendra des mesures d'atténuation à mettre en place ainsi qu'un échéancier de réalisation et de suivis.

FAVORISER LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

EFFET-RH



Pour une cinquième année consécutive, sous la coordination de la DRHCAJ, plusieurs directions ont uni leurs efforts pour offrir un programme audacieux et actuel de développement des compétences aux gestionnaires ainsi qu'à la relève des gestionnaires de l'établissement. Sous le thème de « L'EFFET RH », treize formations, dont sept nouvelles, ont été offertes et ont permis au personnel d'encadrement de parfaire ses compétences en matière de gestion et d'être sensibilisé aux nouveaux enjeux, spécialement l'importance de la prévention des risques psychosociaux. Parmi les formations offertes, notons celles sur la fiche A3, les pratiques collaboratives des différents intervenants et les règles en matière de gestion contractuelle.



M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice générale adjointe au programme de santé physique et directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique et M^{me} Mylène Lebrun-Paré, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires

PROJETS LEAN RÉALISÉS ET EN RÉALISATION

SERVICE/SECTEUR	NOM DU PROJET
Accueil et admission	Optimisation de la saisie des différentes responsabilités de paiement des usagers (perception des revenus)
Construction	Optimisation de la transition des projets de construction et de réaménagement majeurs auprès des secteurs
Direction générale	Gemba des membres du caucus du CD
Enseignement	Optimisation de la production et de la diffusion des outils d'enseignement
Laboratoire de biochimie	Processus de planification de la production pour la réfection du laboratoire de biochimie
Laboratoire de microbiologie	Optimisation de l'aménagement du poste d'ensemencement en microbiologie
Logistique hospitalière	Optimisation de la gestion des chaises roulantes (entretien)
Logistique hospitalière	Optimisation des transports externes
Logistique hospitalière	Optimisation de l'utilisation et planification de la reprogrammation des ascenseurs du pavillon C
Recherche universitaire	Optimisation du processus des renouvellements de contrats
Recherche universitaire	Processus de planification de la production pour l'agrandissement du Centre de recherche (secteur animalerie)
Recherche universitaire	Prévisions financières des projets contractuels de recherche
Services alimentaires	Optimisation de l'organisation des stations de travail et des postes au service alimentaire
Soins infirmiers	Révision des activités infirmières selon leur champ de pratique
Soins infirmiers	Coordonner et standardiser la trajectoire d'oncologie thoracique chez l'usager atteint de cancer
Stérilisation	Processus de planification de la production dans le réaménagement des espaces à l'URDM
Urgence et unités de soins	Optimisation de la fluidité des activités de transfert des usagers en provenance de l'urgence vers les unités de soins

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre III - Attentes spécifiques

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Section I : Santé publique (DGSP)				
2.1	Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	<p>Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; suivre l'application des mesures en PCI; suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C.A.; entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.</p>	Réalisé	
Section II : Services sociaux (DGSS)				
3.6	Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.6)	<p>Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des CISSS et CIUSSS qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et la réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intrahospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.</p>	Réalisé	Réalisé à la P6 : Pour la P13; Annulation de l'état de situation demandé (vol. 15, n° 1)
SECTION III : Services de proximité, urgences et préhospitalier				
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	<p>Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.</p>	Non réalisé	Date de transmission de l'état d'avancement reportée au 30 juin 2019 (vol. 14 n° 21)

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre III - Attentes spécifiques

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
4.3	Mise en place d'un comité tactique téléstanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la téléstanté à la même adresse.	Non réalisé	La Direction des services professionnels (DSP) n'a pas été en mesure d'instaurer la mise en place d'un comité tactique local en téléstanté. Ce dossier est l'une des priorités de la DSP au cours de l'exercice 2019-2020. La nouvelle pilote clinique entrera en fonction le 27 mai 2019. Une rencontre avec la responsable du Centre de coordination téléstanté est prévue au début du mois de juin 2019.
4.4	Rapport annuel téléstanté 2018-2019 (04.4)	Compléter le gabarit du rapport annuel 2018-2019 produit par le MSSS.	Réalisé	
Section IV : Financement, infrastructures et budget (DGFiB)				
7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien, ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	Réalisé	

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre III - Attentes spécifiques

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaire
Section V : Coordination réseau et ministérielle (DGCRM)				
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	Réalisé	
8.3	Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	<p>Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques.</p> <p>À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.</p>	Réalisé	



Séance d'un caucus Lean de direction

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV - Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaire
Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	La cible est atteinte.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	La cible est atteinte.
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	75	64	80	L'augmentation du taux d'hygiène des mains (HDM) panhospitalier est passée de 19 % à 44 % en 2016-2017 à 63 % en 2017-2018 pour atteindre 64 % en 2018-2019. Des audits structurés sur l'HDM réalisés par l'équipe de la PCI ont été faits aux deux mois et les résultats ont été communiqués rapidement aux équipes. Chaque chef d'unité a mis sur pied des stratégies d'amélioration continue de la pratique afin d'augmenter le taux d'HDM aux moments 1 et 4. Par ailleurs, trois unités de soins ont atteint la cible d'HDM de 75 % au moment 4. Une unité de soins a même dépassé la cible avec un taux de 79 %. L'ensemble des secteurs audités ont des taux d'observance de l'HDM au-dessus de 52 %, ce qui est une première dans notre établissement depuis la réalisation des audits d'HDM en 2008. Le plateau actuellement observé était prévisible puisqu'il s'agit d'un changement de comportement majeur auprès de plusieurs centaines d'intervenants cliniques.
Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,5	12,81	12	La cible est atteinte à près de 89 %. L'institut affiche des taux d'occupation élevés de ses lits dans un contexte d'intensification de sa production chirurgicale au cours des derniers 24 mois, tant en chirurgie cardiaque qu'en chirurgie thoracique et bariatrique, ces trois secteurs étant l'objet de suivi ministériel au regard des listes d'attente. L'augmentation des activités des secteurs de la cardiologie interventionnelle comme l'hémodynamie, l'électrophysiologie et les procédures structurales, en constante augmentation et également soumises à un suivi ministériel sur l'accès, ont également une incidence sur la disponibilité des lits. Dans ce contexte, une priorité organisationnelle et un plan d'action structuré ont été mis en place pour réduire les délais d'accès aux lits sur les étages d'hospitalisation et améliorer la fluidité dans les trajectoires, compte tenu que l'analyse poussée de nos données dénote des délais importants entre le moment de l'octroi d'un lit à un usager à l'urgence et le moment de son admission à l'unité de soins. De plus, la création d'une unité d'hospitalisation brève de quatre lits à proximité de l'urgence a permis de maintenir l'accès dans un temps adéquat à l'urgence, et ce, malgré une période grippale d'une rare intensité. Nous avons donc maintenu les délais à un niveau respectable sur une base cumulative malgré des périodes de pointe en janvier et février (P11 à 16,3 heures et P12 à 13,53 heures) tout en maintenant l'accès aux services tertiaires. L'accès et l'obtention de davantage de lits d'hospitalisation font partie des travaux actuels avec nos partenaires pour les usagers de niveau de soins actifs et l'ajout de lits d'un point de vue organisationnel.

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV - Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaire
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80	70	80	La cible est atteinte à 88 %. Nous avons amélioré notre performance observée dans les dernières années. Les effectifs médicaux ne permettent pas actuellement de mettre en tout temps le jour et le soir un deuxième médecin à l'urgence majeure, amenant des délais significatifs lors de périodes de pointe ou lors d'épisodes de réanimation prolongée. Les initiatives en cours dans le plan détaillé de l'urgence vont permettre une transformation des pratiques en cours.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80	59,8	80	La cible est atteinte à 74,7 %. Nous avons augmenté ce résultat de près de 4 % grâce à la mise en place d'un plan d'action. De plus, cet indicateur fait l'objet d'un suivi lors des rencontres du comité de coordination clinique et avec les équipes médicales. Cet indicateur, qui fait partie d'un changement de pratique médicale, fera l'objet d'un suivi plus spécifique et rigoureux au cours de la prochaine année.
Soins palliatifs et fin de vie				
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	5	5	5	La cible est atteinte.
Chirurgie				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	16	0	Tout comme mentionné dans les années antérieures, nous avons procédé à l'évaluation du cheminement de la demande de chirurgie et avons également révisé le processus de planification chirurgicale. Le cheminement d'un usager vers la chirurgie bariatrique est complexe. L'usager est inscrit en liste d'attente dès qu'il voit le chirurgien, alors que les mesures non chirurgicales de contrôle des comorbidités et les différentes évaluations clinico-psycho-sociales ne sont pas complétées, ce qui le rend non médicalement prêt à subir la chirurgie. En 2019-2020, l'inscription sur la liste d'attente se fera lorsque l'usager sera considéré candidat à la chirurgie par le chirurgien ainsi que par l'équipe de médecine et de chirurgie bariatrique. Le changement de pratique est toujours en cours et le nombre d'usagers en attente est en diminution.
Santé physique - Service de première ligne				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	78,9	90	Bien qu'étant au cumulatif global à 78,9 %, le pourcentage d'usagers opérés en 28 jours a été corrigé et maintenu au-dessus de 90 % durant plus de quatre périodes au cours de l'exercice 2018-2019. De plus, nous avons effectué des travaux concernant la planification chirurgicale en étroite collaboration avec l'équipe médicale en chirurgie thoracique par le biais d'un projet LEAN. Il est à noter que 100 % des usagers présentant un cancer sont traités à l'intérieur d'un délai de 56 jours au cumulatif de la PI 3. Sur une base périodique, le nombre d'usagers hors délai est d'environ de quatre à cinq. Dans le contexte de ressources financières et matérielles limitées avec un seul appareil pour conjuguer la TEP oncologique et la TEP cardiaque, des travaux ont été réalisés cette année afin d'améliorer l'accès à cet examen incontournable pour la prise en charge en oncologie thoracique. La biopsie transthoracique à l'aiguille (BTAA) est maintenant un enjeu plus important. De plus, nous avons développé une plateforme informatisée pour le suivi des usagers, de la référence à la réalisation de la chirurgie (63 jours), pour mieux suivre en direct les informations requises. Notre salle de pilotage (prix d'excellence de la Direction générale de la cancérologie du MSSS) permet d'assurer une gestion proactive de l'évolution de l'accès aux services en chirurgie thoracique, notamment lorsque deux délais restent à être améliorés, soit celui entre la suspicion de cancer du poumon et la référence en spécialité et celui de l'obtention de l'examen de tomographie par émission de positrons. Cependant, la chirurgie oncologique restera une priorité pour l'organisation en 2019-2020.

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV - Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaire
I.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	100	100	La cible est atteinte.
Santé physique - Imagerie médicale				
I.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	100	89	90	En 2018-2019, l'accès en imagerie dans un délai de trois mois fut une priorité pour l'organisation, d'où l'amélioration significative des résultats par rapport à 2017-2018 (+27,5 %). La transformation du financement à l'activité en imagerie est une opportunité pour notre organisation, permettant de bonifier l'offre pour les usagers à des heures étendues.
I.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	100	88,4	90	L'accès de plus de trois mois pour les examens de scopies s'est détérioré de 11,6 % au cours de l'année 2018-2019 pour les raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Un radiologiste spécialiste (médecin) était en maladie et en retour progressif. Notons que les plateaux techniques et la main-d'œuvre sont disponibles dans le secteur. • L'amélioration suivante pour ce type d'examen est en cours : un deuxième médecin a accepté de prendre en charge des demandes pour certains types d'infiltrations excluant le volet radriculaire (exige une formation très spécifique). • Rares sont les milieux hospitaliers offrant les infiltrations de type radriculaire. Impacts sur ce service à l'Institut étant donné que très peu de milieux offrent le soin.
I.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	95	89,6	90	Dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité et de réduction des délais, un processus d'épuration des demandes en attente a été réalisé au cours de l'année 2017-2018 pour ce secteur d'activité. Au cours de l'année 2018-2019, l'implantation de la pratique autonome pour la réalisation des examens a été complétée et le tout a eu un effet très important puisqu'il a fait accroître l'accès de 49,6 % à 89,6 % dans le délai prescrit de trois mois pour l'échographie cardiaque.
I.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100	96,1	100	Tout comme pour les échographies cardiaques, des activités d'amélioration continue ont été mises en place et les résultats vont permettre des gains significatifs au cours de l'exercice 2019-2020.
I.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	98,9	100	Au cours de l'année 2018-2019, nous avons eu des bris sporadiques et récurrents de l'unique appareil de tomodensitométrie, ce qui a eu un effet sur les listes d'attente et la réalisation au moment opportun des examens.
I.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	100	93	100	Le résultat obtenu au cours de la dernière année est de 93 %, soit une augmentation de l'accès de 6,4 % par rapport à 2017-2018. Cette moyenne globale est fortement influencée à la baisse, majoritairement par le nombre en constante croissance d'examen de résonance magnétique cardiaque figurant sur nos listes d'attente et pour lequel nous détenons une grande expertise régionale. Cependant, nous avons ouvert le plateau technique durant la fin de semaine (samedi) suite au blitz ministériel demandé et au financement à l'activité qui permettait de procéder rapidement à ce changement.

LÉGENDE

Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %

Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %

Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

SUITE - ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

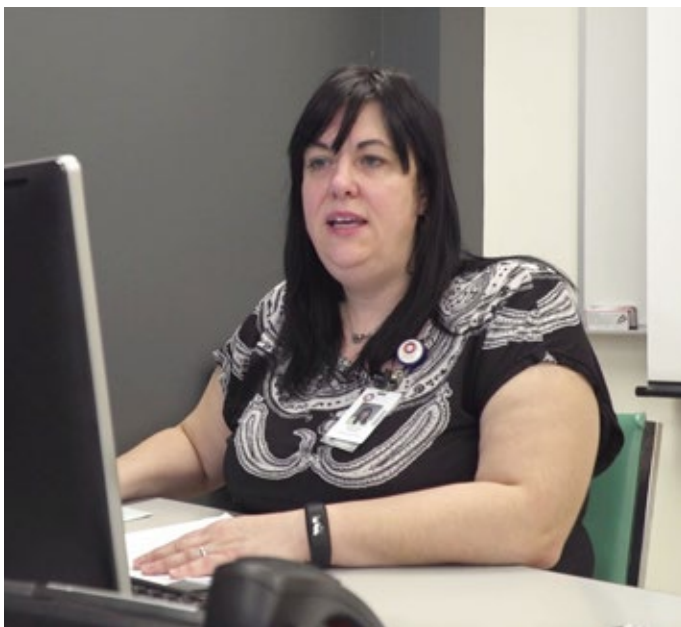
Chapitre IV - Engagements annuels

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaire
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	90	65,3	90	Actuellement, le secteur de la TEP dispose d'un seul appareil et assure la disponibilité de ses plateaux techniques trois jours par semaine pour la réalisation des examens d'oncologie, de neurologie et d'infection/inflammation. De plus, deux jours par semaine sont consacrés à la cardiologie par la réalisation d'examens de perfusion myocardique au Rubidium 82. Afin de répondre à la demande sans cesse croissante et d'être en mesure de respecter les délais d'investigation en oncologie ciblés dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, le Service de médecine nucléaire souhaite améliorer l'accessibilité en révisant à la hausse l'offre de service existante grâce à l'optimisation des processus et aux opportunités liées à l'évolution technologique présente dans ce secteur d'activité. À cet égard, une demande d'ajout d'un second appareil est en analyse au MSSS et constitue un besoin réel de l'organisation et de la population.
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	5,36	6,01	5,43	Le ratio cumulatif à la P13 est de 6,01 %, comparativement à 6,27 % l'an dernier à la même période. Selon l'analyse des différentes pathologies, on constate notamment une augmentation de la proportion des personnes qui s'absentent en lien avec des troubles d'adaptation et des troubles anxieux (↑de 3,98 % depuis l'année 2016-2017). La majorité de ces absences sont en lien avec des stresseurs de nature personnelle ou une condition personnelle. Le nombre de travailleurs en absence suite à des troubles musculosquelettiques et associés à des traitements oncologiques demeurent élevés, mais leur proportion diminue. Un suivi rigoureux des dossiers est assuré par le Service de santé afin de soutenir les personnes durant leur absence et favoriser leur retour au travail. Également, des actions sont en place pour améliorer la gestion de la présence au travail. Au cours de la prochaine année, d'autres actions seront mises en place pour promouvoir et faciliter davantage la réintégration et favoriser un maintien durable au travail.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,75	3,94	2,5	Malgré la non-atteinte de la cible, les résultats atteints constituent un tour de force pour nos équipes de gestion dans un contexte de non-recours à de la main-d'œuvre indépendante au sein de l'établissement (à l'exception des agents de sécurité). À cet égard, l'augmentation du volume des activités en chirurgie cardiaque a généré des heures supplémentaires pour le personnel infirmier au bloc opératoire et sur la trajectoire de chirurgie cardiaque. Cette même situation est observée chez les préposés aux bénéficiaires. De plus, la période grippale particulièrement active entre janvier et mars 2019 a requis l'ouverture de lits de surcapacité qui ont eu un impact sur les heures supplémentaires. Un recrutement intensif et une mise à jour des plans d'effectifs dont nous voyons déjà à ce jour les bénéfices vont réduire les écarts observés dans différents secteurs de l'organisation.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,73	0,91	0,91	L'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ne touche que les agents de sécurité qui ont été grandement utilisés dans la période précédant le G7 en juin 2018 ainsi que dans des situations de surveillance d'usagers agités sur les étages (contexte de pénurie de main-d'œuvre).
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	La cible est atteinte.

IMPLANTER LES MEILLEURES PRATIQUES SELON LE FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT

En introduisant la méthode du financement axé sur le patient, le MSSS a pour objectif de remplacer progressivement le financement de type historique présentement en vigueur dans le système de santé. L'Institut siège activement au comité consultatif provincial visant au développement des modèles et des modalités du financement à l'activité et axé sur le patient. Au cours de la dernière année, des transformations majeures quant au financement à l'activité de l'imagerie médicale et de la coloscopie ont eu lieu. Ce positionnement confère à l'établissement un rôle de premier plan et d'influence dans le cadre de cette transformation, particulièrement dans les travaux préparatifs au financement des parcours de soins chirurgicaux (plateaux techniques et unités de soins).



Mme Chantale Dumont, conseillère en soins infirmiers

FAVORISER LE PARTAGE DE L'INFORMATION CONCERNANT LES USAGERS ENTRE LES PROFESSIONNELS

IMPLANTATION DU PLAN DE SOINS INFORMATISÉ (IPLAN)

La Direction des soins infirmiers, en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles, a poursuivi le déploiement de Cristal-Net. En 2018, trois modules ont été déployés sur les unités de soins, soit le plan thérapeutique infirmier, la collecte initiale de données et le plan de soins et de traitement infirmiers. Cette implantation avait pour objectif l'amélioration de la transmission d'informations cliniques de l'utilisateur entre les unités de soins, l'augmentation de la qualité des données et la sécurité informationnelle. De plus, la diminution d'éléments redondants à inscrire au dossier et le partage des données cliniques entre professionnels ont permis de rentabiliser le temps consacré à la planification et à la coordination des soins. Pour assurer le succès de l'implantation des trois modules de Cristal-Net, près de 800 professionnels ont été formés et accompagnés dans l'intégration de cette nouvelle utilisation de l'application.

IMPLANTATION DE SINGLE SIGN-ON

Le projet *Single Sign-On* a relevé le défi des accès aux postes cliniques avec une solution de bout en bout, qui intègre l'authentification unique ainsi qu'une gestion simple et sécurisée des mots de passe en libre-service. Déployée sur plus de 1 950 ordinateurs, la solution a permis à quelque 1 400 employés (infirmières, médecins et professionnels de la santé) d'accéder plus rapidement et dans la même session de travail aux données de l'utilisateur, essentielles pour donner des soins de qualité en toute sécurité.

L'EXPÉRIENCE DES USAGERS : UNE SOURCE PRÉCIEUSE D'INFORMATIONS

Pour la première fois, l'Institut n'a pas procédé à son sondage annuel sur les expériences d'hospitalisation des usagers. En effet, le nouveau processus d'agrément prévoit la révision et la mise en œuvre d'un questionnaire standardisé. Les résultats seront publiés sur notre site Internet.



TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE

En septembre 2018, M^{me} Christiane Paillé était diagnostiquée pour un mésothéliome pleural qui l'a emportée le 10 janvier dernier. Malgré le choc et le chagrin que nous a causé cette terrible maladie, nous avons quand même réussi à vivre plutôt sereinement cette dure épreuve grâce à l'accompagnement de personnes formidables. Nous tenons à remercier les membres de votre personnel, en particulier M^{me} Jessica Blouin (Centre spécialisé pneumologie/oncologie), de l'urgence, de médecine (4^e étage) et des soins palliatifs. Médecins, infirmières et infirmiers, préposés aux bénéficiaires... tous ont veillé à ce que Christiane puisse nous quitter tout doucement et en toute dignité. Ils ont su nous rassurer et nous reconforter. Leur dévouement et leur professionnalisme nous ont grandement touchés et nous leur en sommes des plus reconnaissants.

Nous sommes privilégiés de pouvoir compter sur des personnes comme vous, qui œuvrent avec tant de cœur dans notre réseau de la santé et des services sociaux. Prendre soin de ceux qui sont malades, qui souffrent et qui sont dans le besoin : vraiment, il n'existe pas de plus noble tâche. Du fond du cœur, merci à vous tous ainsi qu'à toute personne que nous aurions pu omettre dans ce texte.

Les filles et le conjoint de M^{mes} Christiane Paillé, Nathalie Marcotte, Pascale Marcotte et M. Denis Préfontaine

Un grand merci à toute l'équipe pour les excellents soins donnés à ma mère décédée dans la nuit du 12 décembre dernier. Elle avait une confiance absolue en vous, elle se sentait en sécurité et très bien entourée. Vous nous avez donné la force de passer à travers cette dure épreuve dans la paix, la sérénité et la dignité. Vous resterez gravés dans notre cœur à tout jamais. Mille mercis pour tout!

La famille de M^{me} Gilberte Lefrançois

J'ai été hospitalisé le 7 juin 2018 à l'Institut à la suite d'un infarctus. Il s'agissait de ma première expérience à l'Institut. J'ai été pris en charge rapidement par une équipe exceptionnelle. Les D^{rs} Anthony Poulin, Josep Rodés et Bernard Cantin, par leur dévouement et leur humanité, m'ont permis de passer à travers de cette période difficile. Je les remercie sincèrement, ils m'ont sauvé la vie. Comme un malheur n'arrive jamais seul, j'ai eu un autre souci de santé qui m'a amené à consulter à l'urgence deux semaines plus tard où j'ai rencontré la D^{re} Marie-Philippe Morin, une autre perle de l'Institut. Très dévouée et observatrice, je l'ai grandement appréciée. Elle m'a soigné de manière exemplaire. Finalement, j'ai reçu des soins de grande qualité, tant par l'équipe médicale que par les autres professionnels.

Merci infiniment.

M. Jocelyn Tremblay

Durant le court séjour de notre mère, M^{me} Gabrielle Bédard, à l'unité de gériatrie et de soins palliatifs, nous avons remarqué l'excellence des soins que l'ensemble du personnel lui a prodigués. Nous vous remercions de tout CŒUR pour chacun des gestes posés pour la rendre confortable, pour chacune des attentions positives l'aidant à vivre ses derniers moments. Merci beaucoup aux préposés, aux infirmières et infirmiers ainsi qu'au médecin Charles Desjardins qui ont démontré une attention particulière à chaque membre de notre famille. Mille mercis.

M^{mes} Nicole et Anne Couture

Aujourd'hui en particulier, les mots nous semblent bien pauvres et insuffisants pour décrire toute la beauté des sentiments qui nous habitent à votre égard, vous tous, chers amis de passage, qui, bien que sans nous connaître, vous nous avez offert le plus beau que l'humain puisse offrir : réconfort, sourires et regards compatissants, respect et considération.

Ce séjour au pavillon des soins palliatifs de l'Institut nous a apporté un peu le sentiment d'entrer au sein d'une famille élargie, où l'on nous traite comme un être cher, où l'on nous accueille avec toute la délicatesse que ces difficiles moments requièrent.

Vos prénoms nous ont servi de repères, de phares tout au long de cette aventure en mer agitée. En effet, ils nous apportaient un baume additionnel, sachant que notre père était entre les bonnes et apaisantes mains de l'une ou l'autre des infirmières et préposées désignées à son chevet. C'est un peu comme si la vie a voulu lui offrir un dernier cadeau; vous avez été, pour lui, chacune à votre belle façon, la fille qu'il n'a jamais eu le bonheur d'avoir, mais qu'il a toujours tant désirée. À maintes reprises, notre père nous a souligné votre grande gentillesse et nous a également affirmé qu'il était bien accompagné parmi vous, que vous le traitiez comme si vous étiez ses propres filles. Il a vécu ce cadeau en vous côtoyant et nous vous en remercions du fond du cœur. Aussi, vos jolis et rassurants prénoms ont apaisé la douleur qui venait avec le moment où l'on devait le quitter et lui signifier qu'on serait de retour le lendemain. Entre nous, épouse, entre nous, fils et petits-enfants, il y avait Vous. Les précieuses personnes qui veillaient sur lui et qui lui permettaient de combler le vide qui l'habitait et ainsi de se rendre jusqu'à notre prochain rendez-vous.

Ce « Vous » en question :

C'est Hélène, une personnalité faite sur mesure pour notre père, ses taquineries, son humour, tout était parfait. Vous êtes un rayon de soleil dans un épisode gris. Merci pour les rires, les câlins et la complicité.

C'est Viviane, sa grande confidente, sa fidèle complice des dernières soirées, l'infirmière idéale, on ne pouvait demander mieux. Merci pour le récit et les souvenirs, nous ne l'oublierons jamais.

C'est Jasmine, attentionnée autant des mains que du cœur, un sourire contagieux, si patiente et dévouée, Merci aussi pour le country.

C'est Nadine, l'infirmière-pivot, l'architecte des soins médicaux, vulgarisatrice hors pair, toujours le mot juste, une présence si précieuse et valeureuse, Merci.

C'est la D^e Lise Tremblay, une écoute exceptionnelle, une parfaite combinaison d'efficacité, de simplicité et d'humanité. Seule médecin de ce monde que notre père avait hâte de rencontrer.

C'est Jessica, une aura de bonté et de sollicitude, une présence rassurante, toujours le bon mot au bon moment. Merci d'avoir pris le temps.

C'est Nadine Lavoie, douceur de la voix, des soins, des gestes. Empathie, compassion et tant de gentillesse.

C'est Anne-Julie, un si joli sourire et l'accompagnement, le temps de quelques soirées.

C'est aussi Stéphanie, Amélie, Sophie, Annick, Kate, Michel,

Carole, Sylvie... Pardonnez les oublis ici, car la tourmente des derniers jours a quelque peu altéré notre mémoire. Nos yeux et nos cœurs se souviennent de vous sans un oubli, soyez-en certains.

Ce « Vous », c'est également tous ceux et celles qui ont gravité autour de notre père, d'une façon ou d'une autre, pour lui permettre de vivre ses derniers moments dans un milieu approprié et propre, dans un calme relatif et tranquillité nécessaire.

C'est la somme de toutes vos petites actions qui au bout du chemin fait un énorme, voire toute la différence, et ce, pour le patient aussi bien que pour les proches. C'est la somme de tous vos prénoms qui nous a permis de construire le pont pour franchir cet inévitable écueil.

Notre chemin a croisé celui d'une équipe formidable. Continuez votre excellent et si essentiel travail. Nous n'oublierons jamais. Ni les personnes, ni les soins, ni les gestes, ni les sourires...

Mille mercis

La famille Collin... et notre père qui se joint à nous pour une dernière fois.

M. Renald Collin 1933-2018



NOTORIÉTÉ ET RAYONNEMENT

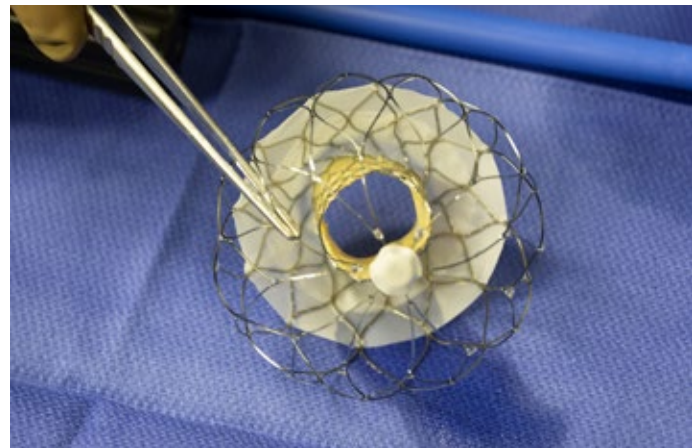
D^{rs} Mathieu Bernier, Josep Rodés-Cabau, François Dagenais et Éric Dumont en compagnie de M. Donat Essiambre, usager

La notoriété d'une organisation et son rayonnement dans l'espace public passent, entre autres, par une image corporative forte. L'établissement doit se distinguer en faisant valoir ses spécificités ainsi que la compétence de son personnel, de ses médecins et de ses chercheurs pour rehausser son rayonnement. Afin de démontrer le leadership et les pratiques médicales novatrices exercés par notre institut, plusieurs activités médiatiques ont été organisées en cours d'année. En voici quelques-unes :

- Février, mois du cœur : l'Institut et sa fondation présentent en direct, une procédure TAVI;
- Diabète de type 2 chez les usagers souffrant d'obésité : choisir la meilleure approche chirurgicale améliore le taux de guérison;
- Cinq chercheurs du Centre de recherche parmi les scientifiques les plus influents de la planète;
- Novembre, mois de sensibilisation au cancer du poumon;
- Première en Amérique du Nord : nouveau traitement pour les usagers atteints de bronchite chronique;
- L'Institut certifié « Entreprise en santé Élite »;
- 4^e édition du Congrès de chirurgie thoracique de Québec;
- Inauguration de nouveaux espaces cliniques à l'Institut;
- Projet de recherche novateur pour tester une nouvelle stratégie d'hospitalisation à domicile pour les usagers MPOC;
- Le Centre de recherche obtient une note globale exceptionnelle du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Première mondiale en cardiologie (nouvelle valve mitrale par cathéter AltaValve)

Une équipe multidisciplinaire a réalisé en septembre 2018, l'implantation d'une nouvelle valve mitrale par cathéter pour le traitement de l'insuffisance mitrale chez un usager qui avait un risque trop élevé pour subir un remplacement ou une réparation mitrale avec une chirurgie standard. L'usager traité à l'Institut a ainsi été le premier au monde à recevoir ce traitement. Dans le futur, cette technologie pourrait bénéficier à un grand nombre de personnes avec une insuffisance de la valve mitrale, pour lesquelles le risque d'une chirurgie standard est considéré comme trop élevé. Cette procédure est une grande avancée dans le domaine de la cardiologie. Elle est un autre exemple du niveau de rayonnement et d'excellence de notre institution sur le plan mondial.



Nouvelle valve mitrale par cathéter AltaValve

RELATIONS PUBLIQUES

Le Service des communications et des relations publiques a traité un total de 173 demandes d'entrevues qui ont résulté en 336 articles ou reportages diffusés à la télévision ou à la radio (193 reportages et 143 articles parus dans la presse écrite).

PRIX D'EXCELLENCE DU MSSS : DISTINCTION POUR L'ÉQUIPE DE PCI UNE REMARQUABLE DISTINCTION POUR L'INSTITUT!

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'Institut a obtenu la plus haute distinction dans la catégorie « Sécurité des soins et des services » (prix Isabel-et-Michèle-Beauchemin-Perreault) pour la mise en place du dépistage des usagers asymptomatiques porteurs de *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Cette reconnaissance a été remise par le MSSS lors de la 35^e édition de la cérémonie des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux le 1^{er} juin 2018.

SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS DU CENTENAIRE

Entièrement composé de volontaires, le comité organisateur avait le mandat de cristalliser dans le temps le centenaire par la tenue d'activités rassembleuses. Voici un aperçu de ce qui a été réalisé pour faire rayonner un institut unique et avant-gardiste :

- sondages institutionnels pour le choix des activités et des objets promotionnels;
- identification du porte-parole officiel : M. Pierre Jobin de TVA Québec;
- réalisation d'une exposition permanente de photographies historiques;
- édition spéciale d'un bulletin dédié au centenaire;
- page Internet dédiée au centenaire, dont des chroniques historiques et de nombreuses vidéos témoignages de différentes personnalités publiques;
- réalisation d'une grande bannière extérieure en façade mettant en scène des usagers et des employés;
- réalisation d'une vidéo du centenaire;
- recueil de 100 témoignages d'usagers « 100 ans, 100 mercis! » accessible sur le site Internet.

Activités-phares :

- lancement officiel de la programmation des activités;
- lancement d'un livre sur l'histoire de la médecine;
- inauguration officielle du bloc opératoire, de la salle hybride et des salles en électrophysiologie;
- banquet des fêtes du centenaire;
- super-croisière à bord du Louis Jolliet;
- soirée de clôture des fêtes du centenaire.

Toutes ces activités autofinancées ont permis de faire revivre l'histoire de l'Institut à travers le temps afin que ses bâtisseurs ne tombent pas dans l'oubli.



M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} Sylvie McDonald, agente administrative, PCI, M^{me} Isabelle Fortier, conseillère en prévention et contrôle des infections, M^{me} Bianka Paquet Bolduc, chef de service Prévention et contrôle des infections, M. Denis Bouchard, président-directeur général, D^e Sylvie Trottier, microbiologiste-infectiologue, M. Olivier Bouffard-Chabot, conseiller en prévention et contrôle des infections, M^{me} Nathalie Thibault, directrice des soins infirmiers, M. Joël Clément, coordonnateur des Prix d'excellence à l'Institut et adjoint à la directrice, responsable des communications internes et des relations médias, M^{me} Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie.



M. Pierre Jobin, porte-parole officiel des fêtes du centenaire, TVA Québec, M. Denis Bouchard, président-directeur général, D^e Rénaud Bergeron, vice-recteur aux affaires externes, internationales et à la santé, Université Laval, D^e Louis-Philippe Boulet, pneumologue et coauteur du livre, D^e Jean Bussiès, anesthésiologiste et coauteur du livre et M. Joël Clément, président du comité organisateur des fêtes du centenaire.



Billet pour le super-croisière



AFFAIRES UNIVERSITAIRES

DIRECTION DE LA RECHERCHE

UN CENTRE DE RECHERCHE DE RÉFÉRENCE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN OBÉSITÉ

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

MISSION

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

VISION

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

Infrastructures de recherche

Inauguration du laboratoire de cathétérisme moderne consacré à la recherche

Dans le cadre d'un projet d'agrandissement de l'Institut, le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale et député de Jean-Talon, M. Sébastien Proulx, a procédé à l'inauguration de nouveaux locaux, dont le laboratoire de cathétérisme moderne consacré à la recherche.

Laboratoire de
cathétérisme

AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE (PHASE V)

Au cours de la dernière année, le Centre de recherche a poursuivi l'agrandissement de ses installations à la suite de l'obtention de subventions dans le cadre des concours de l'innovation et du Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires du gouvernement du Canada. Le projet (phase V) permettra l'aménagement de nouveaux espaces de recherche (3 200 m²), incluant un laboratoire moderne pour accueillir les activités de la Chaire d'excellence de recherche du Canada sur le microbiome ainsi que l'agrandissement de l'animalerie. La construction de l'enveloppe extérieure du bâtiment a été complétée au cours de la dernière année. Les travaux d'aménagements intérieurs se poursuivront tout au long de l'année 2019-2020.

Nomination du D^r Philippe Pibarot à titre de directeur de l'axe de recherche en cardiologie

Au cours de la dernière année, le D^r Philippe Pibarot a été nommé directeur de l'axe de recherche en cardiologie. Professeur titulaire au Département de médecine de l'Université Laval, le D^r Pibarot cumule de nombreuses années d'expérience dans le domaine de la recherche en cardiologie. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en maladies valvulaires cardiaques et fait partie des chercheurs les plus influents de la planète, selon le dernier palmarès *Clarivate Analytics* qui réunit les scientifiques dont les travaux sont les plus fréquemment cités par leurs collègues du monde entier.

Soulignons le travail exceptionnel du D^r Jean-Pierre Després qui a assumé ce rôle pendant près de 20 ans.



ARRIVÉE DE NOUVEAUX CHERCHEURS

Le Centre de recherche a eu le plaisir d'accueillir cette année les D^{rs} Andréanne Michaud (axe obésité, diabète de type 2 et métabolisme), Patrick Martin (axe cardiologie) et Jean-François Lauzon Joset (axe pneumologie). En plus de ces nouveaux chercheurs, huit chercheurs membres du CMDP de l'Institut et professeurs à l'Université Laval ont amorcé leur programmation de recherche au cours de la dernière année.

LE CENTRE DE RECHERCHE DE L'INSTITUT OBTIENT UNE NOTE EXCEPTIONNELLE DU FRQS

En juin 2018, le Centre de recherche s'est vu accorder, à l'issue d'un processus rigoureux, une note d'évaluation de niveau « Exceptionnel ». Il s'agit de la plus haute cote d'évaluation attribuée par le FRQS. Cette évaluation inclut les orientations du Centre, sa structure opérationnelle, son fonctionnement et sa gestion. Le rapport note que le plan de développement 2018-2022 du Centre de recherche est réaliste et novateur. Ce plan va permettre au Centre de poursuivre son développement et de contribuer de façon significative à l'avancement des connaissances dans ses axes de recherche et ultimement, d'améliorer la santé et les services de santé offerts aux Canadiens.



28^E ÉDITION DES JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE LA RECHERCHE

Les 30 et 31 mai 2018, le Centre de recherche a tenu la 28^e édition de ses journées scientifiques annuelles à l'Université Laval. Cet événement se veut une occasion pour les étudiants et les professionnels de recherche du Centre de faire connaître leurs travaux à la communauté de façon conviviale. Lors de cette activité, on a pu assister à 93 présentations, dont 30 orales et 53 par affiches.

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

En novembre 2018, cinq chercheurs ont figuré sur la liste *World's Most Influential Scientific Minds 2018* dressée par la société d'information stratégique *Thomson Reuters IP & Science*, devenue *Clarivate Analytics* en 2016. Ce prestigieux palmarès annuel réunit les scientifiques dont les travaux sont les plus fréquemment cités par leurs collègues du monde entier. Parmi les huit chercheurs de la région de Québec qui sont cités dans ce palmarès, cinq œuvrent au sein de l'Institut, soit les D^{rs} Gilles R. Dagenais, Jean-Pierre Després, Vincenzo Di Marzo, Philippe Pibarot et Josep Rodés-Cabau.



D^r Gilles R. Dagenais



D^r Jean-Pierre Després



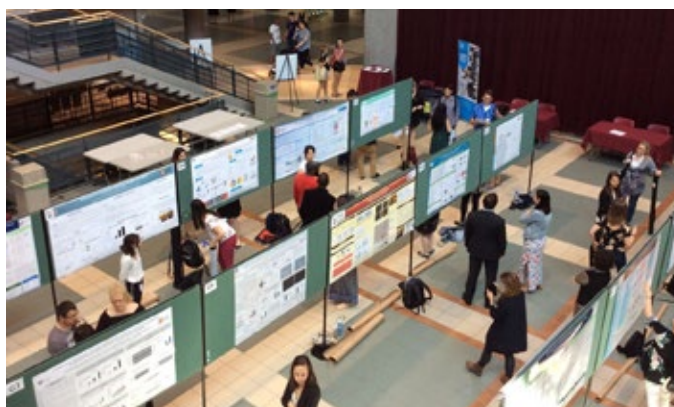
D^r Vincenzo Di Marzo



D^r Philippe Pibarot



D^r Josep Rodés-Cabau



DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

L'EXPÉRIENCE ÉTUDIANTE

À l'Institut, le directeur de l'enseignement et des affaires universitaires est membre du comité de direction, donc aux premières loges pour soutenir l'enseignement dans notre institution universitaire hautement spécialisée. Nous tentons de redéfinir l'apprentissage clinique en nous engageant envers nos étudiants grâce à l'excellence de nos enseignants, la qualité de nos soins et par la diversité des problèmes cliniques de la clientèle. Ce séjour en milieu hospitalier est primordial dans la formation de nos futurs soignants.

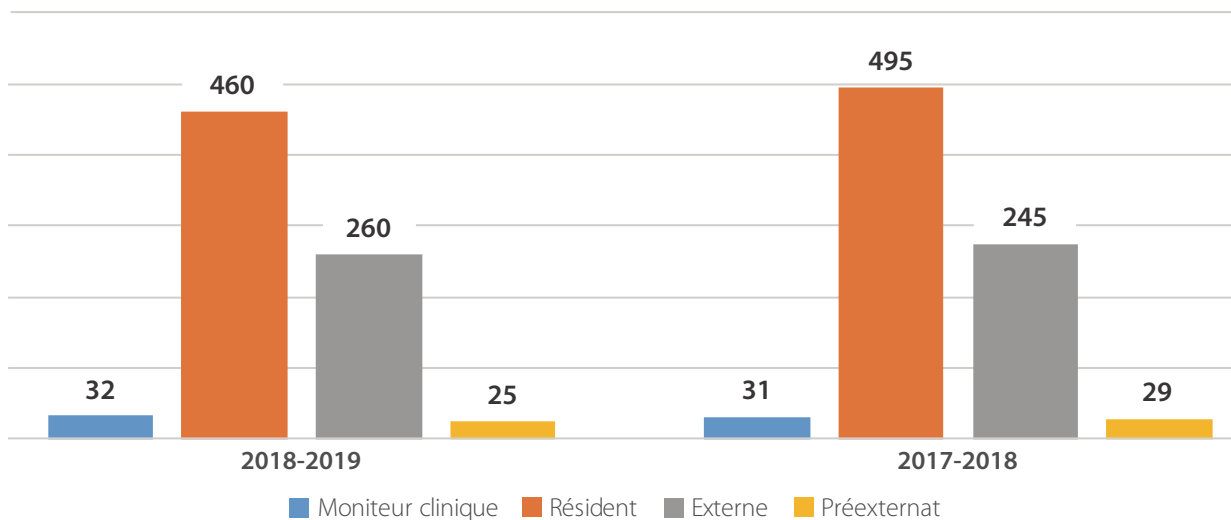
Nous faisons preuve de souplesse et d'originalité dans notre offre de stage et nous maintenons d'excellentes relations avec les différentes maisons d'enseignement qui nous confient leurs étudiants. Nous nous adaptons aux nouvelles exigences pédagogiques et aux besoins de nos partenaires.

Cette expérience étudiante, nous désirons la rendre exceptionnelle grâce à nos approches pédagogiques variées, à notre approche humaine et à nos outils numériques à la fine pointe de la technologie.

Nous accompagnons nos étudiants de leur arrivée en milieu hospitalier jusqu'à la formation complémentaire postgraduation, dans un cadre de respect mutuel et de relations harmonieuses grâce à un processus d'accueil adapté.

Notre institution est un milieu de stage hautement apprécié des étudiants, comme en témoignent l'augmentation constante du nombre des étudiants et des mois-stages effectués ainsi que les sondages de satisfaction effectués auprès des étudiants et des professeurs.

Distribution des stages en médecine



MONITEUR CLINIQUE

Spécialité	DEMANDE-STAGE		MOIS-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Cardiologie	17	20	169	192
Chirurgie cardiaque	6	7	52	64
Chirurgie bariatrique	1	1	11	4
Chirurgie thoracique	5	3	45	27
Pathologie	1	0	12	0
Pneumologie	2	0	21	0
Total	32	31	310	287

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

	RÉSIDENT				EXTERNE			
	DEMANDE-STAGE		MOIS-STAGE		DEMANDE-STAGE		MOIS-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Anesthésiologie	11	12	31	37	0	0	0	0
Cardiologie	76	88	246	283	29	30	25	26,25
Chirurgie cardiaque	4	7	24	18	11	11	10,75	10,25
Chirurgie générale	6	7	7	23	21	27	32,25	41,5
Chirurgie thoracique	8	14	14	28	7	2	6,75	1,5
Gériatrie	23	18	25	19	40	37	61,5	58,5
Infectiologie et microbiologie	2	3	2	3	0	0	0	0
Médecine familiale et urgence	8	36	8	169	0	0	0	0
Médecine interne	104	101	167	157	47	44	72,25	69
Médecine nucléaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Pathologie	16	11	34	40	2	1	1,25	0,75
Pneumologie	92	103	197	205	34	21	32	18,75
Psychiatrie	12	0	22	0	0	0	0	0
Radiologie diagnostique	39	39	69	73	40	41	24	27
Recherche	0	0	0	0	0	2	0	2
Soins intensifs chirurgie cardiaque	17	8	16	9	14	18	12,5	14,75
Urgence	42	48	45	49	15	11	14,75	11
TOTAL	460	495	907	1113	260	245	293	281,25



ÉTUDIANT DE 2^E ET 3^E ANNÉE EN MÉDECINE – INTRODUCTION À L'EXTERNAT		
	2018-2019	2017-2018
Étudiants	25	29
Jours présence	50	58

AUTRE STAGE - ÉTUDIANT EN MÉDECINE				
	ÉTUDIANT		JOUR-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Stages cliniques UL	76	40	399,5	205
Stages d'observation UL Introduction à la clinique	265	221	132,5	110,5
Stages d'observation médecins	20	20	838	507
Étudiants hors réseau (externat)	8	6	210	163
TOTAL	369	287	1 580	985,5

STAGIAIRE UNIVERSITAIRE				
	DEMANDE-STAGE		JOUR-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Administration	0	4	0	191
Ergonomie	1	0	60	0
Ergothérapie	15	6	173	252
Gestion des services de santé	1	0	60	0
Kinésiologie	15	13	590	336
Maîtrise en sciences de l'orientation	1	0	60	0
Médecine dentaire	0	10	0	10
Nutrition	66	36	1 194	900
Pharmacie	89	79	2 390	2 542
Physiothérapie	10	5	166	80
Sciences infirmières	144	165	1 976	2 209
Sciences religieuses	1	2	35	68
TOTAL	343	320	6 704	6 588



STAGIAIRE DE NIVEAU COLLÉGIAL				
	DEMANDE-STAGE		JOUR-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Archives médicales	1	1	55	50
Gestion de l'approvisionnement	1	0	13	0
Prévention des incendies	3	0	15	0
Retraitement des dispositifs médicaux	58	12	192	89
Soins infirmiers	548	547	7 316,50	7 603
Techniques en administration	2	0	30	0
Techniques d'analyses biomédicales	0	3	0	105
Techniques d'électrophysiologie	20	32	225	422
Techniques d'inhalothérapie	94	55	1 569,5	598
Techniques de la logistique de transport	0	2	0	65
Techniques de réadaptation physique	0	6	0	54
Techniques en bureautique	5	3	175	70
Techniques en comptabilité et gestion	2	0	70	0
Techniques en diététique	2	0	36	0
Technologie du génie industriel	1	0	45	0
Technologie de radiodiagnostic	15	23	848	854
Technologie des systèmes ordonnés (ATE)	1	0	45	0
TOTAL	753	684	10 635	9 910

STAGIAIRE DE NIVEAU SECONDAIRE				
	DEMANDE-STAGE		JOUR-STAGE	
	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018
Auxiliaire de bureau	1	0	86	0
Assistance à la personne en établissement de santé	13	39	124	411
Assistant technique en pharmacie	8	6	125	88
Emploi polyvalent	1	0	86	0
Hygiène et salubrité	5	4	88	344
Santé, assistance et soins infirmiers	6	17	66	262
Secrétariat	6	0	124	0
Secrétariat et secrétariat médical	6	16	134	320
Technique juridique	0	1	0	45
Photographie médicale	0	1	0	10
TOTAL	46	84	833	1 480



ORIENTATION DE CARRIÈRE		
STAGE D'OBSERVATION		
	2018-2019	2017-2018
Stagiaire	113	110
Jour-présence	105	114

Programme d'allocation de l'enveloppe budgétaire régionale destinée à soutenir l'apprentissage en milieu clinique

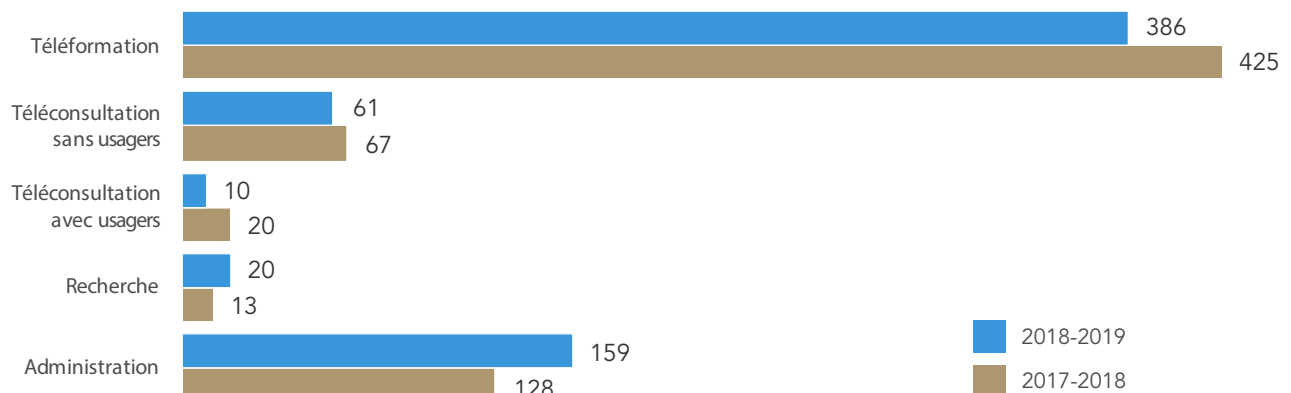
SPÉCIALITÉ	DESCRIPTION	MONTANT
Pneumologie	Stage d'échographie ciblée au chevet	800 \$
Pneumologie	Simulateur procédural de cathéters veineux centraux sous échographie	4 500 \$
Pneumologie	Banque d'images de pathologies pulmonaires	15 000 \$
Pathologie	Réorganisation d'un local pour créer deux postes de travail supplémentaires	45 000 \$
Pathologie	Poste d'observation supplémentaire sur le microscope d'enseignement	1 500 \$
Chirurgie générale	Achat textbook ASMS	1 000 \$
Cardiologie	Développement d'une plateforme d'enseignement multimédia en tomodensitométrie	13 722 \$
TOTAL		81 522 \$

Bilan du Service de l'audiovisuel

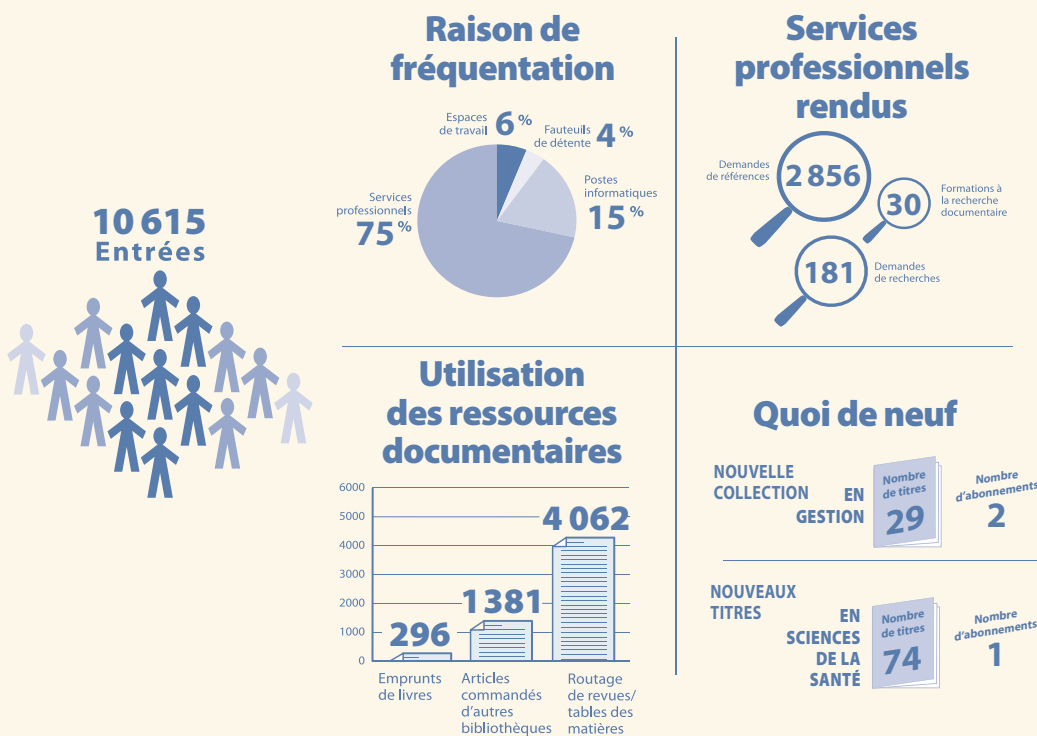
Le Service de l'audiovisuel coordonne toutes les activités de visioconférence de l'Institut ainsi que les téléconsultations, en collaboration avec la Direction des services professionnels.

En ce qui a trait à la production des documents réalisés en photographie médicale, en audiovisuel et en graphisme, on totalise 1 660 demandes traitées et 14 904 impressions couleur réalisées.

Visioconférence



Bilan du Service de la bibliothèque des sciences de la santé



PRIX ET DISTINCTIONS

Plusieurs membres de l'Institut remportent de nombreux prix et distinctions chaque année pour leurs travaux, leurs publications ou encore pour leur carrière prolifique. Voici un condensé des prix et des distinctions pour l'année.

D^{re} Michèle Aubin

Prix du meilleur enseignant aux résidents du GMF-U Quatre-Bourgeois (choix des résidents)

D^r Olivier Boucherat

Bourse salariale « Nouveau chercheur » de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

Prix Résumé/Poster jeune chercheur de la 13^e réunion annuelle du *Pulmonary Vascular Research Institute*

D^r Sébastien Bonnet

Prix Reconnaissance du *Pulmonary Vascular Research Institute*

Prix Yves-Morin du Département de médecine de l'Université Laval

D^r Louis-Philippe Boulet

Nommé président du *Global Initiative for Asthma (GINA)*

Nommé éditeur en chef de la revue *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*

D^r Patrice Brassard

Prix Nouveau chercheur 2019 de la Société québécoise d'hypertension artérielle

D^r Jean S. Bussièrès

Top 10 social media shared article in 2018 pour l'article « *Effect of Position and Positive Pressure Ventilation on Functional Residual Capacity in Morbidly Obese Patients: A randomized trial* » publié dans le Journal canadien d'anesthésie

D^{re} Jamila Chakir

Prix d'honneur du président de la meilleure présentation au *World Congress of Asthma 2018*

D^r Steeve Charette

Professeur étoile de la Faculté des sciences et de génie de l'Université Laval

D^{re} Marie-Annick Clavel

Bourse des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), concours *Early Career Investigator Awards – Circulatory and Respiratory Health – Researcher*

Subvention de recherche de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

D^r Jean-Pierre Després

Prix Manuvie 2018 pour la promotion d'une santé active

D^r Philippe De Wals

Octroi d'une chaire internationale de professeur-invité de la Fondation Collen-Francqui pour un séjour à l'Université d'Anvers

D^{re} Vicky Drapeau

Prix *Young Investigator Award for Outstanding Research* de la Société canadienne de nutrition

D^{re} Caroline Duchaine

Prix recherche du gala reconnaissance de l'Institut *Spotlight Nominee de l'éditeur en chef du journal*

Applied and Environmental Microbiology pour son manuscrit « *Bioaerosol Sampler Choice Should Consider Efficiency and Ability of Samplers To Cover Microbial Diversity* »

D^{re} Claudia Gagnon

Prix Jeune chercheur Jean-Davignon 2018 du Réseau de recherche en santé cardiométabolique, diabète et obésité

D^r Patrick Martin

Pédagogue de l'année décerné par l'Université Laval

D^{re} Julie Méthot

Prix Alfred-Émile Francoeur

D^{re} Andréanne Michaud

Prix *Foster-Schauer, The Obesity Society, Obesity Week*

D^{re} Roxane Paulin

Prix de présentation jeune chercheur à la 13^e réunion annuelle du *Pulmonary Vascular Research Institute*

D^r Paul Poirier

Prix Reconnaissance de la Société québécoise d'hypertension artérielle

D^r Steeve Provencher

Prix Reconnaissance du *Pulmonary Vascular Research Institute*

Prix Yves-Morin du Département de médecine de l'Université Laval

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Les établissements publics ou privés conventionnés, de même que le Conseil cri de la santé et des services sociaux, sont tenus d'établir et de diffuser une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés. L'établissement doit présenter le tableau suivant :

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nbre de divulgations	Nbre de motifs	Nbre de motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	0	0	0
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	0	0	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	0	0	0
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		0	0
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		0	0
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		0	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable de suivi des divulgations		0	0
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		0	0
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			0
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application de premier alinéa de l'article 23 ³	0	0	0

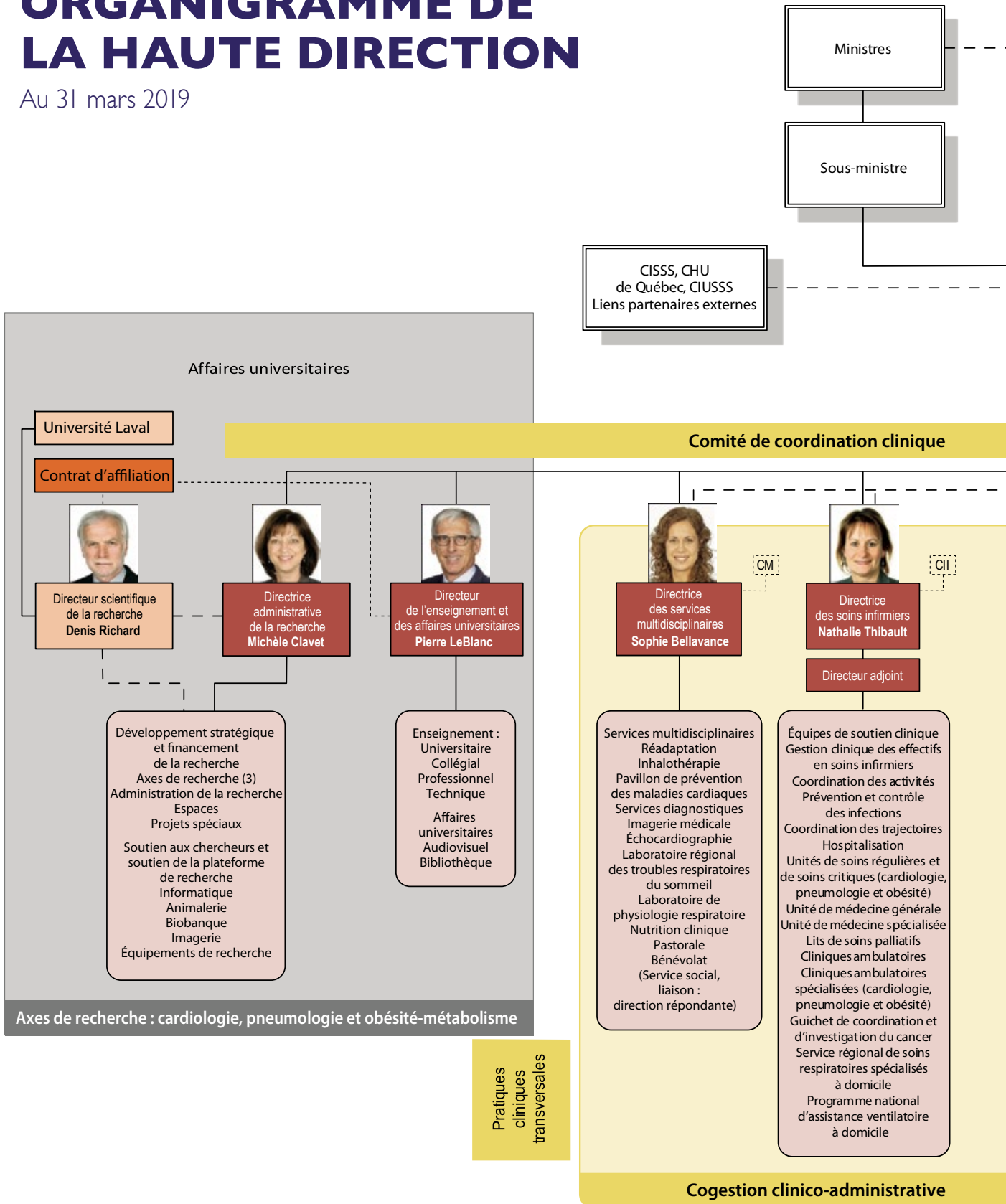
¹ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

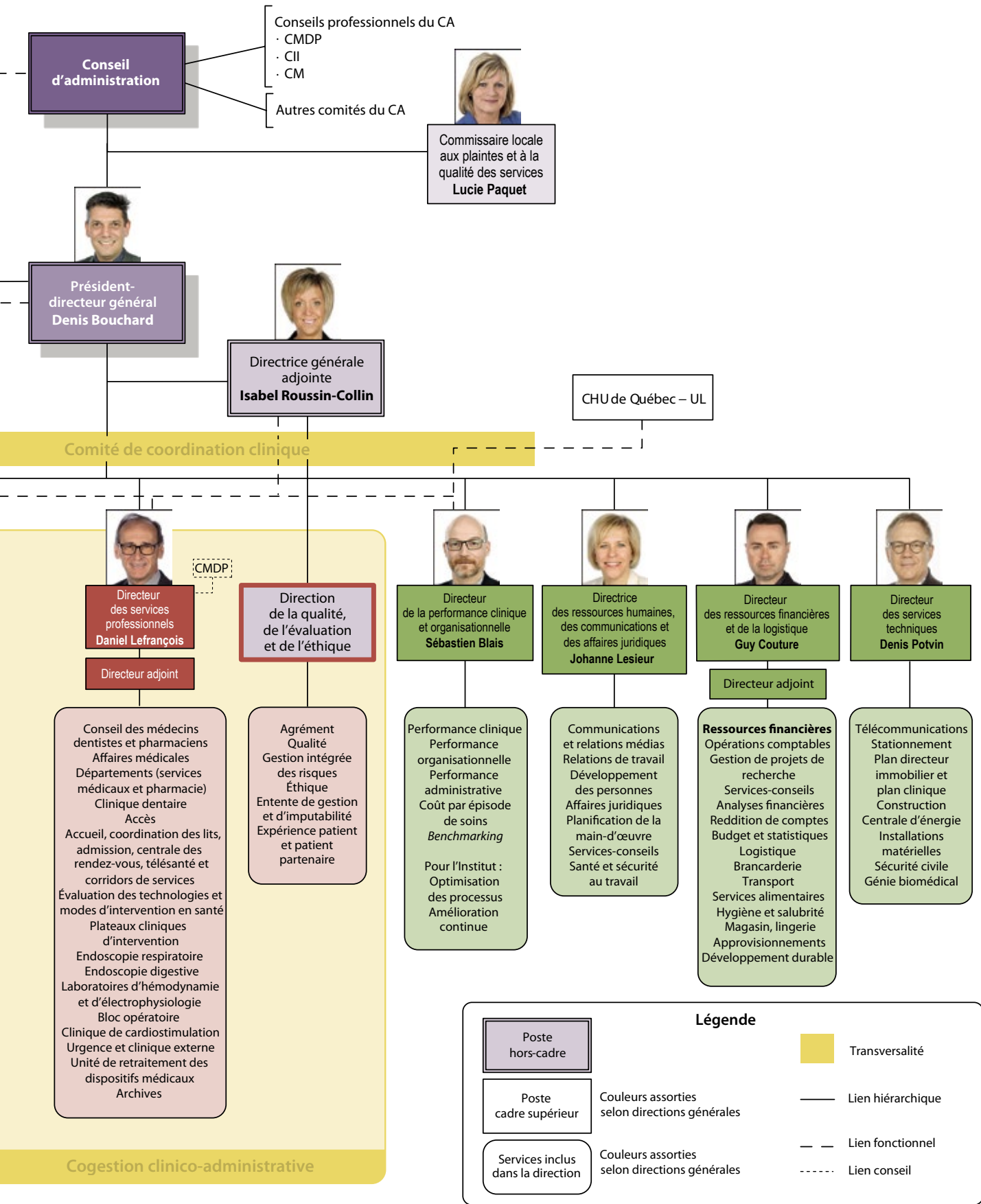
² Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à la loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offres.

³ Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi, est répertorié à ce point.

ORGANIGRAMME DE LA HAUTE DIRECTION

Au 31 mars 2019





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, SES COMITÉS, SES INSTANCES ET SES CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2019

M. Denis Bouchard

Secrétaire
Président-directeur général

M^{me} Claudia Boulanger

Membre indépendant

M^{me} Lise Caron

Membre indépendant

M^{me} Joanne Desjardins

Membre indépendant

M. Laurent Després

Président
Membre indépendant

M. François Duchesneau

Membre indépendant

M. Daniel Gilbert

Membre indépendant

M^{me} Line Grisé

Membre indépendant

M. Gilles Kirouac

Vice-président
Membre indépendant

M^{me} Mireille Lavoie

Collège de désignation :
université affiliée

M. Charles Morasse

Collège de désignation :
Direction régionale de médecine générale

M^{me} Nathalie Parenteau

Membre indépendant

M. Marcel Pepin

Membre indépendant

M. Marius Plante

Collège de désignation :
comités des usagers

M^{me} Lucie Rochefort

Collège de désignation :
université affiliée

M. Serge Simard

Collège de désignation :
conseil multidisciplinaire

M^{me} Isabelle Taillon

Collège de désignation :
comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

M^{me} Kathleen Vézina

Collège de désignation :
conseil des infirmières et infirmiers (CII)

M. Jacques Villeneuve

Collège de désignation :
conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)

Au cours de la dernière année, le comité de gouvernance et d'éthique a tenu quatre réunions. Le taux moyen de participation a été de 91,5 %.

BILAN DES ACTIVITÉS

GOUVERNANCE

- Suivi de l'exercice de positionnement stratégique qui s'est déroulé dans l'organisation au cours de la période estivale.
- Participation à l'élaboration des priorités organisationnelles 2018-2020 ainsi que des objectifs stratégiques qui en découlent et recommandation à cet égard au conseil d'administration.
- Examen des résultats du sondage complété par les administrateurs sur l'évaluation de la gouvernance, dans le cadre de la visite d'Agrément Canada.
- Recommandation adressée au CA à l'effet de modifier le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration (R-1), notamment pour y intégrer le comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS), lequel a été constitué officiellement le 28 novembre 2017 après avoir été mis à l'essai pendant un an.
- Recommandation adressée au CA à l'effet de confier au comité sur l'accès aux soins et aux services (CASS) la responsabilité de s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement et de prévoir que ce dernier assume son mandat par délégation du comité de vigilance et de la qualité (CVQ).
- Proposition de quelques changements au niveau des membres siégeant au sein des comités du CA, en tenant compte du profil et de l'expertise des administrateurs nouvellement nommés à la suite du départ de certains.
- Approbation d'un plan annuel de formation en fonction des besoins exprimés par les administrateurs ainsi que des priorités organisationnelles et ministérielles.
- Analyse des résultats de l'évaluation de chacune des formations offertes aux administrateurs et production d'un rapport au CA.
- Identification de deux grands groupes de risques organisationnels à surveiller, à savoir :
 - 1) le non-respect du code d'éthique et de déontologie des administrateurs : aucun élément particulier à noter durant l'année;
 - 2) la non-conformité aux lois et règlements : mise en place d'un processus afin de s'assurer que l'établissement est

conforme à l'ensemble des lois et règlements auxquels il est assujéti.

- Suivi du mandat confié au président-directeur général (PDG) à l'effet de procéder à un exercice de révision de la documentation relative à la désignation toponymique en vigueur dans l'établissement.

ÉTHIQUE

- Suivi du plan d'action et de l'état d'avancement des travaux de la démarche éthique mise en œuvre dans l'organisation.
- Appropriation d'un modèle préliminaire pour le cheminement d'un problème éthique et d'un document de travail portant sur un cadre de référence en matière d'éthique qui seront soumis ultérieurement au CA pour adoption.
- Recommandation adressée au CA à l'effet de confier au PDG et à la présidente du comité d'éthique de la recherche (CÉR) un mandat visant une analyse globale des recommandations issues du rapport de vérification de conformité sur les règles de fonctionnement du CÉR.
- Examen des résultats de ladite analyse et recommandation adressée au CA concernant la modification des règles de fonctionnement du CÉR en conformité avec les règles applicables.
- Validation par le CGÉ de la conformité des déclarations des conflits d'intérêts complétées par les administrateurs.

JOANNE DESJARDINS

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DE VÉRIFICATION (CV)

Le comité a tenu cinq réunions au cours de l'année et les membres se rencontrent à huis clos à la fin de chaque réunion.

BILAN DES ACTIVITÉS

Les travaux du comité ont porté sur les dossiers suivants :

- approbation du budget 2018-2019;
- recommandation du renouvellement du mandat de l'auditeur indépendant à la suite des travaux de l'exercice 2017-2018, mandat renouvelable annuellement;
- présentation du plan d'audit par l'auditeur indépendant : examen, questionnement par les membres et approbation par le comité;
- suivi périodique des résultats : le comité a reçu et questionné les faits saillants des résultats périodiques à chaque rencontre;
- suivi des rapports trimestriels AS-617 (états financiers);
- réception du rapport de l'auditeur indépendant sur les travaux d'audit, étude et analyse en détail des états

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CA

financiers 2018-2019 en présence des auditeurs et leur approbation;

- assurance du suivi semestriel concernant l'examen de la liste des engagements financiers et contrats de plus de 100 000 \$;
- suivi semestriel concernant l'utilisation des fonds de partenariat découlant des contrats d'approvisionnement de fournitures médicales;
- réception du rapport du responsable de l'application des règles contractuelles;
- réception du rapport d'audit interne sur l'application des règles contractuelles;
- informé des mécanismes de contrôle interne et de suivi des recommandations de l'auditeur;
- informé des travaux faits pour s'assurer de l'utilisation optimale des ressources, particulièrement de la démarche d'étalonnage de la performance clinique et organisationnelle;
- assurance de la mise en place et de l'application du processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réception de la présentation sur la gestion budgétaire et le financement axé sur le patient;
- l'utilisation des états financiers résumés ou de l'utilisation des pages équivalentes du rapport prescrit AS-471;
- le président fait état des discussions et décisions du CV à chaque rencontre du CA.

MARCEL PEPIN

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

Le comité a tenu cinq réunions au cours de l'année et les activités réalisées se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

En suivi à l'adoption de la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, le comité a procédé à une mise à jour de son mandat.

Plaintes

- Le comité a reçu et analysé le tableau-synthèse des dossiers traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que par le médecin examinateur. La majorité des plaintes ont trait aux relations interpersonnelles, aux frais de chambre ainsi qu'à la tenue des dossiers en chirurgie cardiaque.

- Les membres du CVQ ont pris connaissance du suivi de la mise en œuvre des recommandations permettant d'éviter la récurrence de certaines sources d'insatisfaction. Un suivi particulier est accordé à la tenue des dossiers en chirurgie cardiaque.
- Le CVQ a reçu la *politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Des dossiers de maltraitance ont été traités et les suivis requis apportés.
- Le suivi des priorités organisationnelles 2018-2020 qui concernent le CVQ est maintenu.

Protecteur du citoyen

Aucun dossier n'a été soumis au Protecteur du citoyen.

Prévention et contrôle des infections (PCI)

- Le comité a été à même de constater les efforts et l'application rigoureuse de différentes mesures qui ont permis de maintenir d'excellents résultats en matière de Clostridium difficile, de staphylococcus aureus résistant à la méthicilline et d'entérocoque résistant à la vancomycine.
- Il a pris connaissance des différents éléments du plan d'action 2018-2019 et du programme 2015-2020 de l'équipe de PCI.
- Le CVQ a également fait le suivi auprès du CMDP dans le dossier de l'application par le corps médical des mesures d'hygiène des mains.

Gestion des risques cliniques

Le comité a pris connaissance des documents suivants :

- rapports et recommandations émises par le comité de gestion des risques cliniques (CGRC) à la suite d'événements sentinelles, avec une attention particulière au suivi accordé par le CGRC à la mise en œuvre des mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements;
- grille de gestion intégrée des risques dans le cadre des travaux d'agrandissement en façade;
- certains rapports d'investigation du coroner n'impliquant pas l'Institut, mais pour lesquels un suivi a tout de même été effectué à titre préventif;
- demande du CA à l'effet de recevoir et d'analyser les stratégies ainsi que le plan d'action qui seront soumis par le CMDP dans le but d'améliorer le taux d'observance de l'hygiène des mains du corps médical et d'assurer ainsi la contribution significative des médecins dans l'atteinte des objectifs fixés.

Qualité des soins et des services

Agrément

Le comité a été mis au fait des résultats très positifs découlant de la visite d'agrément en novembre 2018 qui font en sorte que l'Institut est agréé.

Plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées

Le comité a reçu le bilan du plan d'action 2017-2018 à l'égard des personnes handicapées ainsi que le projet de plan d'action 2018-2019 avant qu'ils ne soient déposés au CA.

Plan de sécurité annuel des usagers

Le comité a reçu le plan de sécurité 2017-2018 des usagers avant qu'il ne soit déposé au CA.

Évaluation de l'expérience patient

Le comité a pris connaissance du suivi des actions d'amélioration à la suite du sondage sur l'expérience patient, des résultats du sondage sur l'expérience de la clientèle hospitalisée ainsi que des résultats du sondage de satisfaction de la clientèle de la trajectoire d'oncologie.

Patient partenaire

Le comité a été informé de la démarche amorcée pour l'implantation du concept de patient partenaire à l'Institut.

Démarche éthique

Le comité a reçu l'état de situation réalisé dans le cadre de la démarche éthique et il a été informé des étapes du processus de révision ainsi que des actions établies.

Accessibilité aux soins et aux services

Le comité a été tenu informé des travaux du comité sur l'accès aux soins et aux services et il a reçu le plan de travail annuel dudit comité.

GILLES KIROUAC

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

COMITÉ SUR L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES (CASS)

Dans le cadre des quatre réunions tenues au cours de l'année, le comité a procédé à des discussions entourant l'expérience usager, l'accès aux services, l'offre de services cliniques ainsi que les priorités cliniques et organisationnelles. Ces discussions se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

Le CASS relève du comité de vigilance et de la qualité. En suivi à l'adoption de la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et services sociaux*, le comité a procédé à une mise à jour de son mandat.

Expérience usager

- Le comité a reçu l'évaluation portant sur le processus de consentement éclairé à une procédure de remplacement valvulaire aortique percutané (TAVI). Le taux de satisfaction des usagers est élevé quant à l'information transmise au regard du consentement.
- Les membres du comité ont discuté sur des mesures mises en place lors des périodes de grande chaleur afin de minimiser l'impact chez les usagers.
- Le comité a pris connaissance des stratégies entourant l'implantation du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches (BPUP) afin d'introduire des usagers-partenaires au sein de la gouvernance. À cet effet, l'établissement reçoit une subvention du MSSS pour le projet « Promouvoir le partenariat et la coconstruction avec des usagers ».

Accès aux services

- Le comité a pris connaissance des résultats des indicateurs d'accès découlant de la salle de pilotage du comité de gestion du réseau pour l'année. Les résultats de l'établissement ont aussi été comparés à ceux des autres établissements de la province, notamment pour les délais d'accès et la durée moyenne de séjour au Service de l'urgence, les délais pour les examens en imagerie médicale et la chirurgie oncologique.
- Le comité a appuyé la planification des activités 2019-2020 présentée par la Direction des services professionnels et a recommandé son adoption au CA.

Offre de services cliniques

- Présentation des actions entreprises afin de rassurer les équipes médicales quant à leurs préoccupations sur l'accessibilité aux services. Un document faisant état des préoccupations a été soumis au MSSS.
- Discussion entourant une problématique en chirurgie cardiaque au sujet de laquelle le conseil d'administration a été mis au courant. Des actions ont été mises de l'avant par la Direction des services professionnels ainsi que le CMDP de l'Institut.
- Étude approfondie des raisons expliquant une hausse importante du nombre d'usagers et du pourcentage d'usagers hors délai en attente pour une procédure en électrophysiologie. L'analyse met en lumière que les cas urgents sont traités dans les délais requis.
- Présentation au regard de la consolidation des lits en soins intermédiaires.
- Phase III de l'implantation du Centre de répartition des demandes de services.
- Projet vitrine en collaboration avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale qui vise à faciliter le parcours de la clientèle ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA).

COMITÉS FACULTATIFS DU CA

- Amélioration de la fluidité du parcours de l'usager de son arrivée à l'urgence à son départ :
 - mise en place de corridors de service avec le GMF-R La Cité médicale afin de réorienter, sur une base volontaire les usagers (en mode ambulatoire) ayant reçu la cote de priorité 4 ou 5.

Priorités cliniques/organisationnelles

Le comité a assuré le suivi trimestriel des principaux plans d'action découlant des priorités organisationnelles :

- assurer l'accessibilité et la continuité des secteurs de pointe :
 - mesures cliniques structurantes dans les processus internes et externes afin d'augmenter la capacité d'hospitalisation;
 - processus cliniques pour améliorer la fluidité en chirurgie cardiaque;
 - prise en charge de la clientèle dans la phase préopératoire en oncologie pulmonaire et en chirurgie thoracique;
 - implantation d'un parcours standardisé pour la clientèle TAVI;
 - intégration de la prise en charge de la clientèle gériatrique.

LAURENT DESPRÉS

Président du conseil d'administration

Président du comité

COMITE DES RESSOURCES HUMAINES (CRH)

Le comité a suivi avec intérêt les différents travaux en matière de gestion des ressources humaines ayant une portée organisationnelle, dont voici les faits saillants.

BILAN DES ACTIVITÉS

Priorités 2018-2019

- **L'amélioration de la performance globale dans les secteurs des soins critiques et de la logistique hospitalière**
Différents projets de standardisation des processus de travail sont réalisés dans les secteurs alimentaires et de la buanderie lingerie. Le risque en ressources humaines consiste à tenir compte des impacts au niveau des personnes salariées concernées.
- **Atteindre, avec l'usager, les plus hauts standards de qualité et de sécurité dont l'objectif stratégique est de mettre en place des solutions innovantes intégrant la gestion intégrée des risques pour favoriser un environnement de travail et de soins sécuritaires**
Les enjeux en ressources humaines liés à cette priorité portent sur la formation offerte au personnel soignant,

la gestion de changement ainsi que l'instauration d'une démarche d'intégration d'une culture éthique.

- **Poursuivre le développement de l'offre de services cliniques en cardiologie tertiaire en pneumologie et en chirurgie bariatrique**

Des enjeux sont observés en ce qui a trait aux délais d'attente pour les usagers. Par conséquent, les enjeux en ressources humaines sont de s'assurer d'avoir une main-d'œuvre en quantité suffisante pour répondre aux demandes de services dans les secteurs spécialisés de l'Institut.

- **Assurer la planification et la synchronisation du développement des ressources humaines**

La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) est en action afin de développer des stratégies d'attraction de la main-d'œuvre, de réviser le processus de sélection du personnel et de déterminer des cibles d'embauche afin de répondre aux besoins croissants de l'offre clinique.

- **Améliorer la logistique hospitalière et les enjeux RH**

L'objectif de cette priorité est d'établir et de mettre en place un système de gestion avec indicateurs de performance. Une révision des tâches et de l'organisation du travail est en cours afin de supporter les équipes cliniques, tout en respectant les règles de la convention collective.

- **Planification de la main-d'œuvre**

Le comité suit toujours avec intérêt les travaux liés aux enjeux d'une main-d'œuvre qualifiée et en quantité suffisante. L'affichage stratégique dans l'établissement, une page d'accueil dans l'intranet et une section de vidéos ainsi que la diffusion de publicités dans *L'Express* de l'Institut permettent de faire connaître la campagne auprès des employés.

- **Entreprise en santé**

Le comité a apprécié principalement les travaux et activités entourant la démarche Entreprise en santé, favorisant l'acquisition de saines habitudes de vie par le personnel. L'Institut a obtenu la certification Entreprise en santé *Élite*, à la suite d'une visite réalisée le 27 septembre 2018. Aussi, toujours dans le cadre d'Entreprise en santé, une activité *Olympiades* s'est tenue à l'Institut le 23 septembre 2018. Cette activité fut une belle réalisation. Des équipes ont participé aux différentes épreuves et une bonne foule est venue encourager les participants.

- **Équipe de soutien à l'amélioration continue de la prévention**

Le comité a été informé d'un plan d'action national instauré par le MSSS, visant la prévention en milieu de travail et la promotion de la santé globale au sein du réseau. Une équipe de soutien à l'amélioration continue de la prévention a ainsi été recrutée pour accompagner les

gestionnaires et les équipes dont le service ou l'unité de soins est en difficulté en matière de présence au travail.

■ **Tableau de bord**

Le comité a reçu et analysé à chacune des rencontres un tableau de bord lui permettant de suivre efficacement les indicateurs en gestion des ressources humaines, notamment le taux d'heures supplémentaires, le profil de la main-d'œuvre ainsi que le ratio d'assurance salaire.

■ **Bilan des plaintes des situations conflictuelles en milieu de travail**

Dans le cadre de l'application de la *Politique visant à prévenir et à gérer les situations d'incivilité, de harcèlement et de violence en milieu de travail*, la DRHCAJ a assuré une vigie afin de favoriser un milieu de travail sain et harmonieux.

■ **État de situation des griefs**

Le comité a pris connaissance du rapport déposé lors de la rencontre du 30 mai 2018 ayant trait à l'état de situation des griefs pour l'année 2017-2018.

■ **Processus d'appréciation du rendement des ressources humaines (cadres et personnel de l'Institut)**

Le comité a été informé d'une légère augmentation des appréciations de la contribution du personnel syndiqué. Des chercheurs de Sherbrooke et de l'Université Laval collaborent afin de développer un projet pour l'Institut sur les nouvelles tendances en matière d'appréciation du rendement pour le personnel syndiqué.

■ **Mise en place ou révision de politiques relatives à la gestion des ressources humaines**

Le comité a pris connaissance des travaux réalisés à l'égard de la *Politique relative à l'alcool et aux drogues*.

Autres sujets suivis par le CRH

■ **Présentation du portrait de la main-d'œuvre dans les trajectoires de la chirurgie, de la cardiologie, du bloc opératoire et de l'équipe volante**

La structure des postes a été revue à la hausse, en raison de l'ajout de la salle hybride. Des actions structurantes permettront l'amélioration des conditions au niveau du travail et des trajectoires.

■ **Journée porte ouverte, recrutement de main-d'œuvre en soins critiques**

Une journée porte ouverte s'est tenue le 15 novembre 2018. Toutes les directions de l'organisation ont participé à cette journée qui fut d'ailleurs une réussite.

■ **Portrait de la main-d'œuvre médicale et processus de recrutement et de nomination**

Le comité a été informé des modalités de recrutement des effectifs médicaux par la Direction des services professionnels. En résumé, pour être qualifié au recrutement de l'Institut, le médecin spécialiste doit disposer d'une formation complémentaire (*fellowship*)

qui doit correspondre aux besoins de la clientèle de l'établissement et de la population.

■ **Collaboration entre la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) et la DRHCAJ**

La DEAU et la DRHCAJ collaborent afin que les besoins de l'organisation au niveau de la planification de la main-d'œuvre soient comblés. Pour ce faire, elles s'assurent d'un accueil personnalisé des stagiaires et de la présence de superviseurs engagés et accueillants.

CLAUDIA BOULANGER

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION (CAUI)

Le comité a tenu trois réunions régulières et une réunion extraordinaire pour la nomination du nouveau directeur de l'axe de recherche en cardiologie.

BILAN DES ACTIVITÉS

Volet enseignement

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

- suivi de l'avancement du dossier du contrat d'affiliation avec l'Université Laval;
- suivi du projet de centre de valorisation du savoir et de l'innovation (enseignement-recherche);
- présentation du projet d'enseignement clinique (projet *LEAN* ceinture noire).

Volet recherche

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

- suivi de la réalisation de la phase V de l'agrandissement du Centre de recherche;
- examen de la planification budgétaire triennale de la recherche et des démarches pour augmenter les revenus;
- réception et examen du rapport d'évaluation du Centre de recherche par le FRQS;
- suivi de l'évolution du projet d'incubateur d'entreprises réalisé en collaboration avec la Ville de Québec;
- suivi des activités de la Table nationale des directeurs de recherche;
- examen des recommandations légales en lien à la consultation du Dossier santé Québec à des fins de recherche;

- suivi du processus de reconduction du mandat du directeur de la recherche;
- nomination du nouveau directeur de l'axe de recherche en cardiologie.

Volet évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

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

- présentation et suivi des projets ÉTMIS.

LINE GRISÉ

Membre du conseil d'administration

Présidente du comité

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES (CRTI)

Afin de maintenir et de développer son offre de service, l'Institut a poursuivi son programme d'investissement immobilier. Le principal projet complété concerne l'agrandissement en façade pour la consolidation de l'électrophysiologie. Débuté en mars 2016, il s'est terminé au printemps 2018. Le programme et les coûts sont restés en contrôle, entraînant une légère économie budgétaire.

BILAN DES ACTIVITÉS

Développements immobiliers

Les autres projets d'importance sont :

Projets terminés

- agrandissement en façade pour la consolidation du Service d'électrophysiologie;
- phase I de l'agrandissement du bloc opératoire;
- phase V de l'agrandissement du Centre de recherche.

Projets en cours

- travaux de corrections des façades;
- phase II de l'agrandissement du bloc opératoire;
- remplacement de fenêtres et réfection de balcons;
- travaux de remédiation sismique;
- remplacement d'équipements médicaux spécialisés (hémodynamie – H2, ajout d'un appareil de tomographie par émission de positons (TEP) cœur, remplacement du TEP oncologie);
- agrandissement et mise aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM);
- phase V de l'agrandissement du Centre de recherche.

Plan directeur immobilier/Plan clinique

Le 5 février 2019, le conseil d'administration, sous recommandation du CRTI, a approuvé la révision du chapitre 4 du plan clinique (avant-projet sommaire). L'établissement s'engage maintenant dans une phase de représentation afin d'obtenir les appuis régionaux et ministériels au support de l'actualisation d'un projet immobilier majeur et d'autres besoins à court et moyen terme, nécessaires pour soutenir la consolidation et le développement de l'établissement pour les prochaines décennies.

Équipements médicaux spécialisés

Afin d'assurer la sécurité des soins et des services aux usagers, le Service de génie biomédical s'est engagé dans un programme important de mise à niveau et de remplacement du parc des équipements. Les principaux projets sont :

- planification et mise en marche des équipements de trois salles complètes d'électrophysiologie, de la nouvelle salle 6, la phase I du bloc opératoire et de la salle hybride lors du projet de l'agrandissement en façade (fin en mai 2018);
- remplacement du parc d'échographes cardiaques du bloc opératoire et du secteur d'échographie cardiaque;
- remplacement des appareils d'hémodialyse et des systèmes de traitement d'eau;
- remplacement de l'appareil de laparoscopie 3D;
- remplacement des ventilateurs de soins critiques;
- rehaussement du serveur Xcelera.

Ressources informationnelles

Les projets majeurs réalisés sont :

- mise à niveau des infrastructures sans-fil;
- mise en application de la directive sur la cybersécurité;
- implantation de IPlan Cristal-Net (plan de soins infirmiers informatisé);
- mise à jour du système d'archivage et de transfert d'images Picture Archiving and Communication System (PACS);
- ajout du PACS de relève;
- projet de coronographie;
- transfert du parc d'impression Ricoh au CHU de Québec – Université Laval;
- projet de dentisterie;
- ajout de licences Imprivata;
- remplacement de Faxnet par Xmédius.

DANIEL GILBERT

Membre du conseil d'administration

Président du comité

COMITÉS-CONSEILS DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET DE L'ENSEIGNEMENT (CÉCE)

Au cours de la dernière année, le comité a tenu quatre réunions. On souligne une grande participation des membres.

BILAN DES ACTIVITÉS

Deux demandes d'opinion en provenance du secteur de la médecine interne et de la Direction des soins infirmiers ont été déposées au comité. Chaque demande a fait l'objet d'une analyse et le comité a émis son opinion en consensus avec ses membres.

Objectif spécifique de l'année

Une réflexion portant sur la gouvernance globale en éthique est en cours afin de permettre d'adopter un cadre conceptuel en éthique.

Perspectives ou priorités d'action pour la prochaine année

En lien avec l'objectif précédent, l'établissement souhaite intégrer les différentes dimensions de l'éthique : l'éthique clinique et de l'enseignement, l'éthique de la gestion ainsi que l'éthique de la recherche. Le comité prend part activement aux travaux visant l'arrimage avec les autres comités d'éthique ainsi qu'avec les différentes instances de l'éthique.

Priorités en devenir :

- participer à l'organisation du réseau de répondants en éthique;
- instaurer des mécanismes de communication et de formation;
- réviser la procédure pour l'étude d'un cas clinique ou une demande d'opinion au CÉCE;
- sensibiliser tous les intervenants et les médecins aux questions éthique;
- promouvoir l'éthique par la tenue d'un dîner-clinique.

LISE TREMBLAY

Pneumologue

Coprésidente du comité

ALAIN DOMPIERRE

Intervenant en soins spirituels

Coprésident du comité

INSTANCES DU CA

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CÉR)

Au cours de la dernière année, le comité a tenu onze réunions et les activités réalisées se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité est désigné par le MSSS en vertu de l'article 21 du Code civil du Québec. Ce comité relève du CA de l'établissement. Parmi 133 nouveaux projets de recherche démarrés à l'Institut, 100 ont été évalués par le CÉR de l'Institut, tandis que 33 projets ont obtenu une approbation éthique délivrée par un autre CÉR du réseau de la santé et des services sociaux. Au 31 mars 2019, 651 projets étaient en cours à l'Institut. Durant l'année, le suivi éthique continu des protocoles de recherche a nécessité une correspondance soutenue entre les chercheurs et le CÉR (1 117 communications écrites).

Réalisations de la dernière année

- Le Guichet unique de la recherche a offert aux équipes de recherche deux rencontres d'information et d'échange sur divers thèmes touchant la recherche chez l'humain, dont le suivi éthique des projets et une brève rencontre portant sur les nouveautés de synchronisation de Nagano pour les projets multicentriques.
- Implication continue du CÉR dans la formation et la sensibilisation aux bonnes pratiques de la recherche.
- Poursuite des travaux afin d'élargir la portée du consentement général à la recherche et d'optimiser son utilisation à l'Institut.
- Mise à jour des règles de fonctionnement du CÉR, incluant l'ajout, dans la composition du comité, d'un membre sans droit de vote permettant de gagner en efficacité dans le suivi éthique continu de projets.
- Poursuite des travaux d'amélioration continue impliquant, entre autres, l'élimination de l'impression des documents pour la tenue des réunions du CÉR (réunions sans papier).
- Réflexion sur la place de l'intelligence artificielle en recherche.
- Contribution à l'élaboration par la Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique, du cadre de référence en matière d'éthique de l'Institut.
- Participation à un comité consultatif sur l'utilisation du cannabis en recherche organisé par le Vice-rectorat à la recherche, à la création et à l'innovation de l'Université Laval et à un groupe de travail sur l'utilisation de Nagano émanant des mandats priorités par la Table nationale des directeurs de recherche du MSSS.

JAMILA CHAKIR

Chercheuse, PhD

Présidente du comité

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES (CGRC)

Le comité s'est rencontré à six reprises et les activités se résument comme suit.

BILAN DES ACTIVITÉS

■ Promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents :

- activité réalisée dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des usagers;
- formation lors de l'accueil des nouveaux employés (18 formations);
- soutien ponctuel apporté aux secteurs dans le but d'améliorer la gestion des événements, incluant la déclaration et la divulgation;
- diffusion au caucus qualité et sécurité des deux rapports d'enquête des événements sentinelles.

■ Assurer un suivi :

- recommandations issues des analyses prospectives en lien avec la prestation de soins chez les usagers de forte compétence ainsi qu'avec la gestion et l'utilisation des télémetries;
- plan de sécurité des usagers.

■ Prendre connaissance :

- niveau d'appropriation du programme de gestion intégrée des risques dans les secteurs cliniques de l'établissement;
- exercice d'identification des risques spécifiques à chaque secteur;
- catégorisation des risques dans une cartographie;
- plan d'atténuation des risques identifiés par les équipes;
- travaux touchant le lancement du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et ses proches ainsi que du projet déposé au MSSS en vue de promouvoir le partenariat.

■ Faire l'analyse approfondie de deux événements sentinelles et émettre des recommandations aux directions concernées.

■ Suivre des travaux du comité sur l'utilisation sécuritaire des médicaments.

■ Faire un rapport à chaque trimestre aux instances de l'établissement concernant les principaux risques d'incidents et d'accidents.

■ Réalisations au regard des principaux risques.

■ Prévention et contrôle des infections nosocomiales :

- suivi du plan d'action en prévention et contrôle des infections ainsi que suivi des résultats des audits d'hygiène des mains.

■ Sécurité des médicaments :

- suivi du plan d'action visant la sécurité à propos des terminologies à proscrire dans la rédaction des ordonnances de médicaments;
- suivi du plan d'action visant l'amélioration de la communication entre le personnel infirmier et les inhalothérapeutes relativement à l'administration des aérosolthérapies.

■ Sécurité transfusionnelle :

- suivi de la mise en œuvre des actions liées aux incidents et aux accidents transfusionnels, tout spécialement au regard de la gestion des saignements abondants.

■ Sécurité liée au retraitement des dispositifs médicaux :

- pistes de solution spécifiques ciblées au regard des catégories d'événements les plus fréquents parmi les 160 déclarations.

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

- cette année, 3 792 événements ont été déclarés. De ceux-ci, 93 % n'ont eu aucune conséquence pour les usagers.

RÉPARTITION DES ÉVÈNEMENTS DÉCLARÉS

NATURE D'ÉVÈNEMENT	INCIDENT		ACCIDENT		TOTAL
	Nbre	%	Nbre	%	%
MÉDICAMENT	199	5,2	1 832	48,3	53,6
CHUTE	0	0,0	489	12,9	12,9
TRAITEMENT	106	2,8	321	8,5	11,3
AUTRES	134	3,5	94	2,5	6,0
RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX/ MATÉRIEL MÉDICAL À USAGE UNIQUE	160	4,2	0	0,0	4,2
TEST DE LABORATOIRE	20	0,5	69	1,8	2,3
LIÉ AU MATÉRIEL	68	1,8	54	1,4	3,2
LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	42	1,1	39	1,0	2,1
DIÈTE	20	0,5	47	1,2	1,8
LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	0	0,0	48	1,3	1,3
TEST D'IMAGERIE	11	0,3	32	0,8	1,1
LIÉ AU BÂTIMENT	3	0,1	3	0,1	0,2
ABUS/AGRESSION/ HARCÈLEMENT/ INTIMIDATION	0	0,0	1	0,0	0,0
TOTAL	763	20,1 %	3 029	79,9 %	100 %

CAROLE LAVOIE

Adjointe à la directrice de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique

Présidente du comité

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 exerce exclusivement les fonctions prévues selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et respecte la procédure établie dans le *Règlement relatif à la procédure d'examen des plaintes des usagers* de l'Institut.

Au cours de l'année, 290 dossiers ont été ouverts. De ce nombre, 71 dossiers étaient des plaintes générales alors que 29 étaient des plaintes médicales. En ce qui concerne les autres demandes reçues par la commissaire, 64 dossiers étaient des demandes d'intervention, 81 des demandes d'assistance et 45 des demandes de consultation. De tous les dossiers, douze faisaient référence à de la maltraitance.

Lorsqu'on observe la répartition des motifs des plaintes générales, ce sont les relations interpersonnelles qui arrivent au premier rang, dans une proportion de 41 %, suivi par les soins et services dispensés à 20 %, l'aspect financier à 17 %, l'accessibilité à 17 %, l'organisation du milieu et des ressources matérielles à 2 %, les droits particuliers à 2 % et la maltraitance à 1 %.

Durant l'année, deux recommandations ont été émises afin d'améliorer la qualité des soins et des services dispensés. La première portait sur la protection des biens personnels pour les usagers présentant des troubles cognitifs et pour laquelle un rappel de la procédure déjà établie a été fait à l'ensemble du personnel. La seconde concernait l'évaluation des compétences d'une infirmière au sujet d'une technique de soins et pour laquelle l'évaluation a été complétée. À ces recommandations s'ajoutent des mesures correctives pour 83 % des motifs de plaintes, dont des rencontres individuelles, des activités de sensibilisation, un ajustement des activités professionnelles, etc.

Au cours de l'année, un seul dossier de plainte a fait l'objet d'une demande auprès du Protecteur du citoyen et il est toujours en étude par ce dernier. Les dossiers de plaintes ont été conclus dans une proportion de 95 % à l'intérieur des 45 jours visés par le régime d'examen des plaintes.

Pour ce qui est du médecin examinateur, les soins et les services ont été les motifs les plus fréquents dans une proportion de 55 %, suivis des relations interpersonnelles à 38 % et des droits particuliers à 7 %. Tous les médecins concernés ont été rencontrés. Au niveau des plaintes médicales, deux ont été rejetées et deux ont fait l'objet d'une demande de révision, dont l'une a été rejetée après l'examen sommaire. Les plaintes médicales ont été résolues à l'intérieur de 45 jours dans une proportion de 40 %.

BILAN DES ACTIVITÉS

La commissaire a participé à diverses activités visant l'amélioration de la qualité des services. De plus, plusieurs activités de promotion pour faire connaître son rôle ont eu lieu auprès de différents groupes d'intervenants, dont les nouveaux employés et les étudiants en médecine, afin qu'ils puissent ainsi mieux informer les usagers de leurs droits.

Pour chacune des interventions effectuées et des recommandations émises, toutes les personnes concernées ont démontré une grande collaboration et un bel engagement à trouver des pistes d'amélioration de la qualité des services ainsi que du respect des droits des usagers.

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

LUCIE PAQUET
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE RÉVISION

Au cours de l'année, les membres se sont rencontrés à deux reprises afin d'analyser les demandes qui leur ont été transmises.

ÉTAT DE TRAITEMENT DES PLAINTES MÉDICALES TRANSMISES AU COMITÉ DE RÉVISION

Année	En traitement au début	Reçue durant l'exercice	Total	Conclue	En traitement à la fin
2018 2019	0	2	2	1	1
2017 2018	2	1	3	3	0

Le dossier conclu fait référence à une demande de révision qui a été rejetée après analyse sommaire, car celle-ci portait sur des éléments non cités lors du dépôt de la plainte initiale et n'avaient donc pu être analysés par le médecin examinateur.

La deuxième demande de révision, quant à elle, est toujours en cours. Aucune recommandation n'a été émise au conseil d'administration.

LAURENT DESPRÉS
Président
Président du conseil d'administration

COMITÉ DES USAGERS (CU)

Le comité a tenu sept réunions régulières au cours de l'année, une réunion spéciale, une rencontre de planification annuelle, plusieurs participations à des comités de travail et une assemblée générale annuelle des usagers. Une très grande participation des membres aux réunions du comité et aux activités rencontres avec les usagers est à souligner.

BILAN DES ACTIVITÉS

- Analyse et diffusion des résultats d'une enquête structurée de satisfaction auprès de la clientèle en oncologie pulmonaire.
- Préparation d'un devis général de soumission dans le cadre des enquêtes de satisfaction à réaliser dans les prochaines années.
- Participation de membres désignés à de nombreux comités au sein de l'établissement, comme le comité de gestion des risques cliniques et le comité d'éthique clinique et de l'enseignement, de même qu'à diverses activités de consultation.
- Communications avec les usagers ou avec leurs proches lors de visites aux malades.
- Quatre visites collectives des usagers, au cours desquelles près de 700 usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction.
- Organisation de tournées dans les unités à diverses occasions spéciales de l'année (ex. : période des fêtes, Pâques, fêtes des Mères et des Pères).
- Remise de dépliants d'information.
- Révision du dépliant promotionnel.
- Analyse et suivi systématique des commentaires déposés par les usagers dans des boîtes installées à cette fin à divers endroits dans l'établissement. La représentante de la direction et la commissaire locale aux plaintes assistent à ces rapports, discutent de la situation et lorsque requis, apportent les suivis de façon très satisfaisante.
- Membre du comité sur la politique de lutte au tabagisme.
- Participation au plan de circulation et de signalisation.
- Participation à la révision de la procédure de cueillette des commentaires en collaboration avec la commissaire locale aux plaintes.
- Commentaires émis sur les projets de services aux usagers, patient-partenaire, accès aux services pour les personnes handicapées, clientèle de niveau de soins alternatifs, etc.
- Collaboration avec la Direction des services techniques sur le projet d'amélioration des salles d'attente.

- Participation de tous les membres du comité à des colloques ou des activités de formation afin d'approfondir les rôles spécifiques des comités d'usagers.

MARIUS PLANTE

Membre du conseil d'administration

Président du comité

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Cette année encore, le comité exécutif du CMDP a continué d'assumer ses responsabilités sur divers aspects de l'organisation technique et scientifique de l'établissement, les règles d'utilisation des ressources et la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires ainsi que des soins et des services pharmaceutiques. Il s'est assuré de la qualité et de la pertinence des soins, notamment par la vérification et l'observation des règles de soins, protocoles ou ordonnances collectives.

Dans le cadre de cet exercice, le comité exécutif du CMDP a tenu dix réunions régulières et a adopté 22 résolutions hors réunion.

Le président du comité exécutif ou son représentant, le cas échéant, et d'autres membres du CMDP ont assisté aux réunions de plusieurs comités et se sont joints à des groupes de travail dans le cadre de dossiers importants.

BILAN DES ACTIVITÉS

Plan d'organisation des départements médicaux de l'Institut

Un plan d'organisation des départements médicaux a été soumis par la Direction des services professionnels en juin 2018 en lien avec la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*. Des départements sont devenus des services et les nominations d'anciens chefs de département ont été refaites en ce sens.

Nomination des pathologistes comme membres associés

Les pathologistes ont été nommés membres associés en novembre 2018, afin de les réintégrer au sein du Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique à la suite du transfert des services de laboratoires au CHU de Québec – Université Laval, centre serveur de la grappe de la Capitale-Nationale et des Îles-de-la-Madeleine (OPTILAB).

Tenue des dossiers en chirurgie cardiaque

Des lacunes importantes en ce qui a trait à la tenue de dossiers en chirurgie cardiaque ont été signalées par le médecin examinateur. Une évaluation des dossiers de chirurgie cardiaque a été faite par les archivistes de l'Institut selon une grille d'analyse préétablie. L'analyse démontre que la tenue de dossiers est adéquate en chirurgie cardiaque. Certaines notes de chirurgiens

sont absentes des dossiers mais elles sont rédigées par les *fellows* et les infirmières praticiennes spécialisées. De plus, les chirurgiens rédigent leurs recommandations sur une feuille en postopératoire qui n'a pas été prise en compte dans l'évaluation initiale.

Problématiques des ordonnances en chirurgie thoracique

Plusieurs problématiques ont été identifiées pour les ordonnances de départ rédigées essentiellement par les *fellows* en chirurgie thoracique. Le CMDP a donc exigé que les ordonnances de départ des *fellows* soient toujours contresignées par les chirurgiens. Également, le CMDP demande à ce qu'une aide de la pharmacie soit mise en place. À cet effet, un plan d'action a été élaboré et présenté par le Dr Michel Bussièrès, chef du Service de chirurgie thoracique, qui est mandaté pour le mettre en place.

Hygiène des mains

Un plan d'action est en réalisation à la suite des audits d'hygiène des mains des médecins dans le cadre du programme de prévention et contrôle des infections. On note une certaine amélioration dans l'hygiène des mains ; le taux global est de 47 % pour les équipes médicales, dont une répartition de 78 % pour les médecins en pneumologie et de 26 % pour les médecins en cardiologie.

Demande d'appui pour l'autonomie des laboratoires de l'Institut

Considérant la détérioration du fonctionnement aux laboratoires à la suite de la mise en application de la gestion découlant de l'instauration de la grappe OPTILAB, le CMDP de l'Institut a transmis une lettre de dénonciation aux directions générales du CHU de Québec - Université Laval et de l'Institut. Malgré la complexité de ce dossier, il a été décidé d'un commun accord de demander un retour global de tous les laboratoires à l'Institut. Le CMDP a fait une demande d'appui au CA afin qu'une grappe en pathologie, en infectiologie et en biochimie soit créée pour l'Institut.

BRUNO RABY
Pneumologue
Président du conseil

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Au cours de l'année, le comité s'est réuni à six reprises. Lors de ces réunions, six ordonnances collectives, quatorze ordonnances individuelles standardisées, trois protocoles, quatre règles d'utilisation d'un médicament, une revue d'utilisation d'un médicament, un tableau d'ajustement des médicaments en obésité, un tableau de substitution des médicaments, onze demandes d'ajout d'un médicament au formulaire de l'Institut, quatre avis de Santé Canada et une infovigilance ont été présentés et discutés.

BILAN DES ACTIVITÉS

- Pour les avis de Santé Canada discutés au cours de la dernière année, le suivi a été fait aux personnes concernées.
- Des formulaires de déclaration d'une réaction indésirable à un médicament ont été révisés.
- Un suivi assidu des ruptures d'inventaire a été réalisé.
- Une vigie a été exercée sur les travaux de ses deux sous-comités, soit le comité de diabète et le comité d'anticoagulothérapie.
- La révision annuelle des demandes de médicaments de nécessité médicale particulière a été réalisée afin d'évaluer la pertinence d'ajouter lesdits médicaments au formulaire de l'établissement.
- Une revue de l'administration des antibiotiques en choc septique et en sepsie sévère à l'urgence et à l'unité de soins intensifs a été réalisée.

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, ce qui a permis une continuité des activités requises par le mandat du comité. Les membres du comité de pharmacologie ont su s'adapter et répondre au mandat qui s'est élargi au cours des dernières années.

ISABELLE CLOUTIER
Pharmacienne
Présidente du comité

JULIE RACICOT
Pharmacienne
Secrétaire

COMITÉ DE L'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP)

Quatre réunions ont été tenues par le comité. La revue des décès se fait dans les services et plusieurs rapports ont été transmis et analysés, permettant de discuter des cas particuliers, de revue de traitements et d'ajustement de pratiques. Plusieurs analyses de décès ont mené à des recommandations de pratiques départementales et parfois même institutionnelles.

BILAN DES ACTIVITÉS

- Évaluation et gestion de la dyspnée à l'urgence chez les usagers porteurs de trachéostomies
- Syndrome inflammatoire et infarctus aigu - Prise en charge et gestion chirurgicale
- Gestion de la toxicité de l'amiodarone
- Pronostic à deux ans de l'insuffisance rénale chronique avec une filtration glomérulaire inférieure à 30 ml/heure postprocédure cardiaque
- Survie aux soins intensifs lors d'influenza
- « Timing » de demandes de soins palliatifs et impact sur la qualité de vie jusqu'au décès
- Bronchoscopie dans le diagnostic de la surinfection bronchique pour la MPOC
- ECMO et son impact de survie dans les situations de support postopératoire, support post-transplantation cardiaque et support lors de contexte d'insuffisance pulmonaire sévère
- Gestion de la fausse lumière dans la dissection aortique
- Gestion de l'usager cirrhotique dans un contexte prévu de chirurgie cardiaque
- Consentement éclairé lors de procédure d'urgence
- Autopsie : quand la demander
- Don de tissus et de cornées.

En 2018-2019, six études de qualité de l'acte ont été déposées soit davantage que l'année précédente, dont :

- évaluation – audit de l'utilisation de l'argatroban;
- dissection aortique à l'urgence;
- évaluation et utilité des signes et symptômes;
- étude de gestion et d'utilisation du Precedex;
- thromboprophylaxie au Service de cardiologie;
- étude de la gestion de la bactériurie asymptomatique;
- évaluation de deux régimes d'utilisation de dexaméthasone en prémédication lors d'injection de chimiothérapie.

Mesures suggérées pour l'amélioration des soins :

- utilisation de la télémétrie chez les usagers avec une fraction d'éjection inférieure à 30 %;
- suivi conjoint postopératoire par l'équipe de pneumologie lorsqu'il y a une biopsie pulmonaire faite pour recherche de maladies infectieuses ou inflammatoires.

STÉFANE LABEL

Chirurgien général et bariatrique

Président sortant du comité

COMITÉ DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Au cours de l'année, le comité s'est réuni à trois reprises. Conformément à son mandat, le comité a fait le suivi de la consommation des antibiotiques (surveillance quantitative) et réalisé des activités de surveillance qualitative.

BILAN DES ACTIVITÉS

Le comité s'est penché sur plusieurs dossiers et études réalisées par des résidents, des étudiants ou des stagiaires de l'Institut ou autres :

- club de lecture : *Prolonged versus short-term intravenous infusion of antipseudomonal β -lactams for patients with sepsis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*;
- dosage des β -Lactams en soins critiques à l'Institut;
- perfusions prolongées d'antibiotiques de type β -Lactams;
- étude rétrospective sur la bactériurie asymptomatique;
- évaluation des interventions des pharmaciens dans l'antibiogouvernance;
- ordonnances/protocoles doses test d'antibiotiques;
- Oseltamivir (Tamiflu^{md}) – dose en insuffisance rénale;
- revue de l'administration des antibiotiques en choc septique sévère à l'urgence et à l'unité de soins intensifs;
- ruptures d'inventaire.

CONCLUSION

Les membres du comité ont répondu aux exigences de leur mandat de façon professionnelle et engagée. De plus, le comité a publié deux bulletins, soit le bulletin 7 *Infection de la peau et des tissus mous à l'urgence* et le bulletin 8 *β -lactames en perfusion continue*.

JEAN-FRANÇOIS ROUSSY

Infectiologue-microbiologiste

Président du comité

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

BILAN DES ACTIVITÉS

Les membres du comité exécutif ont participé à cinq réunions régulières et six séances de travail. Ils ont collaboré avec la Direction des soins infirmiers à cibler certains enjeux cliniques pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Des formations, des plans d'action et des révisions de procédures ont découlé de cette démarche. Des avis et des recommandations ont également été émis sur différents dossiers cliniques. Pour favoriser le transfert des connaissances, des dîners cliniques ont été organisés et offerts aux partenaires du réseau par visioconférence.

Enfin, les membres du CECII ont fait preuve d'un sens critique exemplaire ainsi que d'un engagement notoire et ils comptent demeurer disponibles et impliqués auprès de leurs membres afin de collaborer à une prestation de soins infirmiers de qualité et à un développement optimal de la pratique infirmière.

SAMUEL LANGLOIS

Infirmier

Président par intérim

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Au cours de l'année, le conseil avait pour objectifs principaux :

- d'améliorer les outils et les moyens à la disposition des membres du CM pour le maintien et l'amélioration des compétences en appliquant le plan d'action concerté dans le cadre du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC);
- de poursuivre le suivi de la collecte multidisciplinaire de données en lien avec l'implantation du iPlan;
- d'organiser une activité ayant comme thème l'interdisciplinarité dans le cadre des activités du centenaire de l'établissement;
- de poursuivre son implication au sein de l'instance régionale de la Capitale-Nationale;
- d'initier et d'assurer le suivi de nouveaux projets de pairs et projets multidisciplinaires.

Les membres ont participé à huit rencontres de travail et à une assemblée générale annuelle.

BILAN DES ACTIVITÉS

La modification de l'organigramme de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) et de plusieurs postes de gestionnaires a généré un ralentissement des activités durant la dernière année. Une refonte du CM est prévue afin de réorganiser l'instance conformément aux nouveaux paradigmes.

Distinction des mandats avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec

Un bilan sera disponible en 2019-2020. L'implication du CM demeure à préciser.

Comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC)

Le CMPC s'est doté d'un plan d'action visant à tracer le portrait du processus qui entoure l'octroi des formations aux membres du conseil multidisciplinaire. Dans le cadre de cette démarche, il s'est avéré que le processus de demande d'une activité de développement professionnel demeure nébuleux pour plusieurs membres. Un outil est en création en collaboration avec la DRHCAJ afin de clarifier les étapes et s'assurer d'une meilleure compréhension du processus.

Optimisation de la tenue du dossier médical

Le but visé est une hausse des heures de prestation de soins et de services en diminuant les délais de prise en charge de la clientèle par l'optimisation de la collecte de données initiales. La plateforme du iPlan demeure à être validée comme support adapté au projet de collecte de données. Les travaux permettront de statuer sur l'orientation si la plateforme ne rencontre pas les exigences nécessaires.

Activité ayant comme thème l'interdisciplinarité

Cette activité n'a pu être réalisée par manque de ressources.

Instance régionale de la Capitale-Nationale

L'instance régionale a pour but de faciliter la représentation, la synergie et la concertation entre les conseils exécutifs des comités multidisciplinaires (CECM) des trois établissements de la région de la Capitale-Nationale et les maisons d'enseignement. Les activités du comité ont été principalement axées sur des questionnements concernant les maisons d'enseignement. Une refonte est à prévoir afin de mieux répondre aux besoins diversifiés des différents membres.

Mise en place de comités de pairs et multidisciplinaires

Cinq secteurs d'activités cliniques différents ont obtenu un forfait d'heures pour la création d'un projet intradisciplinaire ou interdisciplinaire.

Projet 1 : Construire un manuel de référence pour supporter les équipes lors de prélèvements et de techniques particulières en bronchoscopie (équipe des inhalothérapeutes).

Projet 2 : Construire un outil de référence pour uniformiser les processus de demandes dans l'interprétation des lois pour différentes situations : décès, avocats, représentants de l'utilisateur, etc. (équipe des archivistes).

Projet 3 : Produire des feuilles d'enseignement d'autotraitement pour les usagers atteints de vertiges positionnels paroxystiques bénins pour les différents canaux semi-circulaires (équipe des physiothérapeutes).

Projet multidisciplinaire I : Uniformiser l'information pour les usagers de chirurgie cardiaque et d'hémodynamie concernant les changements d'habitudes de vie à adopter, principalement l'alimentation et l'activité physique (équipe des kinésologues et des nutritionnistes).

Avis demandés

Les documents suivants ont été portés à notre attention :

- politique relative à l'alcool et aux drogues;
- ordonnance collective : ajustement de la médication inhalée lors de l'intubation ou de l'extubation;
- politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Priorités d'action pour la prochaine année :

- poursuivre l'élaboration de l'outil pour les demandes de participation à une activité de développement professionnel en favorisant une démarche concertée avec le conseil des infirmières et infirmiers et les autres partenaires concernés;
- revoir le fonctionnement du comité afin d'optimiser le temps dédié et ainsi favoriser l'atteinte des objectifs;
- valider la pertinence d'élaborer un plan de communication;
- poursuivre le suivi de la collecte multidisciplinaire de données en lien avec l'implantation du iPlan;
- poursuivre notre implication au sein de l'Instance régionale de la Capitale-Nationale.

SYLVIANNE PICARD

Physiothérapeute

Présidente du conseil

ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'INSTITUT

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Présidente :	Nicole Morin	2017-2019
Vice-présidente :	Lucie Goulet	2016-2018
Secrétaire :	Michel Boulay	2017-2019
Trésorier :	Réjean Auger	2016-2018
Conseiller et conseillères :	Jean-Louis Demers	2017-2019
	Lorraine Déry	2017-2019
	Lise Fournier	2017-2018
	Marthe Hallé	2016-2018
	Berthe Vaillancourt	2017-2019

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

Préambule

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

SECTION I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Objectifs généraux

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

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent *code d'éthique et de déontologie des administrateurs* ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence,

les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

Dans le cas des conjoints de fait :

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

SECTION 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts,

notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

Champ d'application

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

Disposition finale

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

Diffusion

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

SECTION 2 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

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

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

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

Règles de déontologie

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

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

Disponibilité et compétence

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

Respect et loyauté

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

Impartialité

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

Relations publiques

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

Charge publique

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

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

Biens et services de l'établissement

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notion d'indépendance

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

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

Obligations en fin du mandat

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

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

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

Note : Aucun cas traité ni manquement n'a été constaté au cours de l'année.

FONDATION IUCPQ



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION

L'Institut détient un rôle prédominant dans la lutte aux grandes maladies sociétales et nous savons que les besoins sont immenses pour soutenir un centre hospitalier performant et innovant qui se distingue à l'échelle internationale pour ses avancées technologiques, son centre de recherche prolifique et la qualité exceptionnelle des soins offerts aux usagers.

La Fondation est très fière d'appuyer un institut de cette renommée en finançant l'achat d'équipements spécialisés et en participant au financement de la recherche et de l'enseignement, et ce, au plus grand bénéfice de la population du centre et de l'est du Québec, soit plus de 2,2 millions de personnes.

L'année 2018 a été une année remplie de grands succès pour la Fondation. Nos deux évènements-bénéfice, la soirée *Au cœur de vos passions* et le *Cyclo Défi IUCPQ*, ont récolté la somme extraordinaire de plus de 750 000 \$ de profits nets, des résultats qui ont dépassé toutes les attentes! Ces grands succès ne peuvent se concrétiser seuls; ils sont le résultat d'une merveilleuse mobilisation et d'une grande collaboration des médecins et du personnel de l'Institut qui soutiennent leur fondation.

Ainsi, en 2018, grâce à la générosité de nos donateurs et de nos partenaires, nous avons remis une somme de 7 666 761 \$ à l'Institut afin de contribuer au financement de nombreux projets mobilisateurs. C'est d'ailleurs avec une immense fierté que nous avons inauguré une nouvelle salle hybride et de nouvelles salles d'électrophysiologie. Ces projets de la première campagne majeure de financement ont reçu une contribution majeure de 6,5 M\$, ce qui en fait la plus importante contribution financière de la Fondation à ce jour. Les nouvelles salles, modernes et à la fine pointe, permettent à l'Institut de demeurer un chef de file à l'échelle mondiale et à ses équipes médicales de soigner avec les meilleures technologies. Voilà un projet concret qui démontre à quel point la Fondation joue un rôle prédominant dans l'Institut.

Merci!

Josée Giguère
Directrice générale

BILAN DES ACTIVITÉS

AU CŒUR DE VOS PASSIONS – 2 JUIN 2018

- 15^e édition de la soirée-bénéfice *Au cœur de vos passions* présentée par Cominar, RBC Banque Royale et les Sœurs de la Charité de Québec.
- Sous la présidence d'honneur de M. Sylvain Cossette, président et chef de la direction de Cominar, M^{me} Nadine Renaud-Tinker, présidente, Direction du Québec chez RBC Banque Royale ainsi que Sœur Monique Gervais, supérieure générale des Sœurs de la Charité de Québec.
- Dans une ambiance à la fois glamour et décontractée, plus de 650 convives ont eu la chance de vivre une soirée haute en émotions afin de fêter comme il se doit un siècle de passion et d'innovations.
- Une soirée qui a rassemblé de généreux donateurs, des dignitaires et des partenaires provenant des milieux d'affaires ainsi que des médecins et des chercheurs de l'Institut.
- Ce grand rendez-vous philanthropique qui allie bonne cause, gastronomie et plaisir a permis d'amasser la somme historique de **600 000 \$** de profits nets en cette année toute spéciale qui soulignait le centenaire de l'Institut!



CYCLO-DÉFI IUCPQ – 9 SEPTEMBRE 2018

- 9^e édition du Cyclo-Défi IUCPQ présentée par La Capitale Assurance et services financiers.
- Sous la présidence d'honneur de M. Jean St-Gelais, président du conseil et chef de la direction de La Capitale Assurance et services financiers.
- Le Cyclo-Défi IUCPQ est une randonnée stimulante, sécuritaire et non chronométrée, réunissant des cyclistes de tous les niveaux, selon quatre différents pelotons.
- Plus de 500 cyclistes de tous les niveaux ont roulé pour le plaisir et pour la cause, dont plusieurs usagers, médecins et membres du personnel de l'Institut dans le cadre du volet « Je roule avec mon doc ».



- Escortés par la Sûreté du Québec, par le Service de police de la Ville de Québec et par Les Sentinelles de la Route, les cyclistes ont circulé sur des distances de 50 km, de 100 km et de 125 km sur les routes de Québec et de la région de Portneuf.
- L'évènement a permis de récolter la somme record de 151 000 \$.

ACTIVITÉS EXTERNES

TRAVERSÉE DE STEVEN BLANEY – 7 JUILLET 2018

- Vingt-quatre nageurs et kayakistes ont accompagné le député de Lévis, Bellechasse et Etchemin pour la 6^e édition de La traversée de Steven Blaney afin de parcourir à la nage les deux kilomètres qui séparent Québec et Lévis.
- Au terme du défi, un chèque de 41 125 \$ a été remis à la Fondation, qui était bénéficiaire des dons, grâce à l'implication de M. Jean-Jacques Raynaud.
- M. Raynaud a subi une intervention cardiaque à l'Institut en novembre 2017. Il a traversé le Saint-Laurent à la nage pour une sixième année consécutive.



PÉDALONS AVEC LOUIS CONTRE L'OBÉSITÉ – 25 AOÛT 2018

La 2e édition du défi cycliste Pédalons avec Louis contre l'obésité, s'est déroulée sous la présidence d'honneur de M. Michel Lambert. Une vingtaine de cyclistes, dont deux chirurgiens en bariatrique de l'Institut, ont pédalé 80 km au départ de Montmagny pour terminer cette randonnée à l'Hôtel Château Laurier sur la Grande-Allée à Québec.

Louis Fréchette a réussi à atteindre son objectif en amassant 5 000 \$. Depuis deux ans, il a amassé 10 000 \$ afin de soutenir le Fonds de chirurgie de l'obésité.



JE MARCHE POUR MON CŒUR – 12 SEPTEMBRE 2018

M. François Dugal s'est envolé vers l'Espagne afin de marcher Les Chemins de Compostelle, au profit de la Fondation IUCPQ. Ayant pour objectif initial de marcher 900 km en 40 jours, M. Dugal a relevé le défi haut la main en parcourant 946 km en seulement 29 jours! « Je marche pour mon cœur » a permis d'amasser plus de 6 100 \$.



ACTIVITÉS INTERNES

24 H COURS DON – 31 JANVIER ET 1^{ER} FÉVRIER 2018

L'équipe du Département de pharmacie ainsi que des employés de l'Institut sont venus courir ou pédaler pour la cause pendant 24 h, à la cafétéria de l'Institut. Une somme de 15 347 \$ de profits nets a été remise au Fonds pharmaceutique.



FAIS COURIR TON KIN! – 10 ET 11 AVRIL 2018

Les professionnels du pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) se sont relayés sur le tapis roulant afin d'amasser des fonds dédiés au Fonds PPMC. Cette activité a permis d'amasser une somme de 8 500 \$.



TOURNOI DE « DEK HOCKEY » – 6 OCTOBRE 2018

Le tournoi annuel de « Dek Hockey » a été organisé par M. Jean Veillette, employé de l'Institut, au profit du Fonds des jeunes greffés de l'Institut. L'évènement, qui en était à sa quatrième édition, a permis d'amasser la généreuse somme de 2 386 \$.



COMITÉ DE FINANCEMENT DES EMPLOYÉS DE L'INSTITUT

En 2018, la Fondation a remis un montant de 118 000 \$ au sein de différents départements de l'Institut afin de soutenir des projets soumis par des employés de l'Institut, projets qui ont un impact direct sur les soins et les services offerts aux usagers de l'Institut.

C'est grâce aux différentes activités annuelles du comité de financement des employés que des sommes aussi importantes peuvent être amassées et redistribuées à l'Institut. Depuis 2009, c'est plus de 700 000 \$ qui ont servi à financer des projets directement à l'Institut!

Voici quelques exemples de projets acceptés en 2018 :

- 9 079 \$: achat de deux cardiostimulateurs externes;
- 16 000 \$: achat de deux lèves-patient sur rail;
- 9 500 \$: achat d'un fauteuil de mobilité qui permettra à l'utilisateur de se déplacer de façon sécuritaire et autonome en réadaptation (ergothérapie);
- 26 423 \$: acquisition de deux tours motorisées pour la réalisation des bronchoscopies au chevet des usagers en thérapie respiratoire;
- 10 000 \$: achat d'un chariot motorisé en endoscopie digestive;
- 22 195 \$: acquisition par la DSI de quatorze pousse-seringues pour onze unités de soins afin d'améliorer les temps de réponse pour l'administration de médicaments et de réduire les pertes de temps liées à la recherche du matériel.

À PLEINS POUMONS POUR L'HTAP! – 14 OCTOBRE 2018

Pour une troisième année consécutive, près de 20 membres du groupe de recherche en hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) se sont lancés pour défi de prendre part à des courses de 10 et 21 km lors du Marathon SSQ, afin de soutenir les personnes atteintes de cette grave maladie.

L'activité a permis d'amasser un montant de 3 960 \$ au profit du Fonds Groupe de recherche en hypertension pulmonaire.



LES FOUS DE LA RAMPE – 26-27 OCTOBRE ET 2-3 NOVEMBRE 2018

- Les Fous de la rampe, la troupe de théâtre de l'Institut, a présenté la pièce *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, de Dale Wasserman et d'après le roman de Ken Kesey.
- Depuis maintenant 27 ans, la troupe regroupe, autour d'un spectacle annuel, des comédiens non professionnels, dont la majorité sont membres du personnel de l'Institut.
- Sous la présidence d'honneur du Dr Gilles Lapointe, médecin et conférencier professionnel, soutenu par Mme Marie-Josée Bastien, marraine d'honneur, comédienne et directrice artistique au Théâtre Niveau Parking, et dans une mise en scène signée Simon Lemoine.
- Près de 1 500 spectateurs au Théâtre de la cité universitaire de l'Université Laval, un record de foule.
- Près de 37 000 \$ de profits nets amassés au profit de la Fondation IUCPQ.





M^{mes} Janie Pelletier-Mayette, inhalothérapeute, Alexandra Blais, infirmière, et Florence Fortier, préposée aux bénéficiaires

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



IUCPQ.qc.ca



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES
2725, CHEMIN SAINTE-FOY, QUÉBEC (QUÉBEC) G 1V 4G5