



UN CENTRE HOSPITALIER
UNIQUE



IUCPQ.qc.ca

Nous profitons de l'occasion pour souligner les efforts constants de plusieurs médecins et membres du personnel pour leur implication active dans l'organisation d'événements scientifiques d'envergure provinciale, nationale et internationale, dans l'enseignement, à titre de conférenciers, responsables de cours, membres de comités d'enseignement, dans la publication d'articles scientifiques, dans l'administration de leur ordre professionnel respectif à divers autres titres. Toutes ces personnes contribuent à la renommée de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec comme étant un lieu de haut savoir, de référence et de recherche de l'excellence.



TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION.....	1
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	2
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	4
MISSION, VISION, VALEURS, ENGAGEMENTS	5
SERVICES ET PROGRAMMES.....	7
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT.....	8
PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ DE LA POPULATION.....	10
ENJEU 1 : L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS.....	13
ENJEU 2 : LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER.....	17
ENJEU 3 : LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX.....	18
ENJEU 4 : LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES.....	25
ENJEU 5 : L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	28
ENJEU 6 : LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ.....	37
ENJEU 7 : UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT.....	43
ENJEU 8 : L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ.....	47
ENJEU 9 : LA GESTION DE LA PERFORMANCE.....	49
ENJEU 10 : LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	55
ENJEU 11 : LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.....	56
TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE.....	63
ÉTATS FINANCIERS.....	68
FONDATION.....	70
ÉTATS FINANCIERS DE LA FONDATION.....	75
ORGANIGRAMMES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	76
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS.....	78
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS.....	82
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE.....	87
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	88
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS.....	90
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....	95
COMITÉ DES USAGERS.....	97
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	100
COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES.....	101
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES.....	101
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	104
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES.....	106
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	107
RÉFÉRENCES.....	109
STATISTIQUES ANNUELLES.....	110

LEXIQUE

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

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



M. Michel Delamarre
Directeur général par intérim

Ce présent Rapport annuel de gestion sera déposé et adopté lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration prévue le 4 octobre 2011. Ce rapport est également disponible sur le site Internet de l'établissement à la section « À propos de l'Institut », « Rapport annuel ». Est également disponible sur le site Internet le calendrier annuel des assemblées régulières du conseil d'administration, à la section « À propos de l'Institut », « Conseil d'administration ».

Note au lecteur :

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

ISSN 1920-9487 (version imprimée)

ISSN 1920-9401 (PDF)

ISBN 978-2-923250-26-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-923250-27-4 (PDF)

Dépôt légal : 3^e trimestre 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

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

PRODUCTION :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Direction générale

Communications et relations publiques

2725, chemin Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone : 418 656-4932

Télécopieur : 418 656-4866

IUCPQ.qc.ca

IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

Graphisme : Siamois graphisme

MEMBRES DU
CONSEIL
D'ADMINISTRATION
ET DU COMITÉ
DE DIRECTION



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Rangée avant (de gauche à droite) :

M^{me} Claudia Boulanger, M^{me} Danielle Rodrigue, M^{me} Marie-France La Haye, M^{me} Martine Dubois, M^{me} Madeleine Nadeau, M^{me} Ginette G. Defoy, M^{me} Line Grisé, M. Jean Brown

Rangée arrière (de gauche à droite) :

M. Michel Delamarre, M. Laurent Després, M. Serge Simard, M. Benoît Riendeau, M. Jean-Pierre Grégoire, M. René Lamontagne, M^{me} Anne Michaud, M. Georges Smith, M. André-J. Castonguay, M. Onil Gleeton

Absents de la photographie :

M. Pierre-Louis Bernard, M. Adolphe Michaud, Mme Louise Milot



COMITÉ DE DIRECTION

Rangée avant (de gauche à droite) :

M. Denis Potvin, directeur des services techniques, D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels, M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice de la coordination des programmes, M^{me} Francine Dubé, directrice des ressources financières, M^{me} Claudine Bois, directrice générale adjointe aux affaires institutionnelles et administratives, M^{me} Ann Lalumière, directrice associée – administration de la Direction de la recherche universitaire, M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers, M^{me} Maryse Bernier, directrice des services multicientèles.

Rangée arrière (de gauche à droite) :

M^{me} Suzanne Petit, directrice générale adjointe aux affaires cliniques, M. Gino Albert, directeur des ressources humaines, M. Guy Régnière, directeur des ressources informationnelles et technologiques, M. Michel Delamarre, directeur général par intérim, D^r Denis Coulombe, directeur de l'enseignement universitaire.

Absent de la photographie :

D^r Denis Richard, directeur de la recherche universitaire

MESSAGE

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



UN ÉTABLISSEMENT QUI MAINTIEN LE CAP

Encore cette année, nous avons maintenu le cap pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services offerts à la population. Appuyé sur notre plan stratégique, nos actions ont permis de réaliser pleinement notre mission et de demeurer à l'avant-garde comme centre d'excellence. C'est d'ailleurs dans cet esprit de suivi qu'est conçu ce bilan d'activités annuelles 2010-2011.

QUELQUES FAITS SAILLANTS

En cours d'année, le conseil d'administration (CA) a adopté plusieurs résolutions et a exercé, avec vigilance, un suivi des dossiers stratégiques. De plus, suite à un exercice de révision de sa gouvernance, le CA a créé cinq nouveaux comités afin d'assurer des suivis rigoureux autour des principales fonctions de gestion de l'établissement. Des efforts constants et une démarche structurée pour identifier des mesures d'économies nous ont permis de respecter l'équilibre budgétaire. Des travaux supplémentaires ont été menés afin de mettre en œuvre certaines mesures requises pour atteindre les objectifs par la *Loi 100*. Au regard de la gestion par programmes et de la cogestion, l'année fut essentiellement marquée par le déploiement de la structure organisationnelle définie dans le *Plan d'organisation clinique* adopté par le conseil d'administration en juin 2009. Au printemps 2010, l'Institut inaugurait, en présence du ministre et député de Louis-Hébert, monsieur Sam Hamad, un tomographe par émission de positrons (TEP) ainsi que les nouveaux locaux en radiologie, un projet évalué à 4,7 M\$. Une fois de plus, les sommes investies sont directement reliées à l'accessibilité des soins. Finalement, suite au départ du D^r Carl Taillon au début de l'année 2011, M. Michel Delamarre a accédé à la direction générale.

DES PERCÉES MÉDICALES ET DES SOINS EXCEPTIONNELS

L'IUCPQ a été reconnu, une fois de plus, pour sa performance. Pour une quatrième année consécutive, le Service de l'urgence s'est classé premier au Québec selon le « Palmarès des Urgences du Québec » *La Presse*. Cette position, fort enviable, est rendue possible grâce au dévouement et au professionnalisme de tous les intervenants qui collaborent à relever des défis quotidiennement. Cette performance collective est le résultat d'efforts concertés dans tout l'établissement et rejaillit sur la scène provinciale. De plus, à la lecture de ce bilan annuel, vous constaterez que plusieurs de nos intervenants continuent de se démarquer sur la scène internationale.

TOUJOURS PLUS PRÈS. TOUJOURS PLUS LOIN

Près de leur communauté, les intervenants et les médecins de l'Institut n'ont pas hésité à prôner les saines habitudes de vie et d'activités physiques en participant à des événements populaires, tels que le Grand défi Pierre Lavoie, la Journée nationale du sport et de l'activité physique, la Semaine de l'activité physique du PPMC, le Salon Équilibre Santé Forme, le Pentathlon des neiges et bien d'autres. De plus, les chercheurs du Centre de recherche ont mis leur expertise à profit, plus particulièrement en collaborant au Grand défi entreprise. Ce projet pilote permet d'évaluer la condition physique des travailleurs de certaines entreprises en établissant un programme de dépistage des maladies cardiovasculaires. Une fois encore, l'Institut participe à diffuser efficacement ses connaissances, accroît son influence et son leadership en prévention, en enseignement et en recherche.

DES PATIENTS TÉMOIGNENT : DES REMERCIEMENTS CHALEUREUX

Ce rapport de gestion inscrit une nouveauté cette année, celle de cristalliser des témoignages de gratitude provenant de patients. En effet, quoi de plus motivant que de lire des témoignages spontanés de patients ayant vécu, dans notre hôpital, un épisode de leur vie et qui nous le font partager.

LA GÉNÉROSITÉ ET L'ENGAGEMENT, GAGES DE SUCCÈS

Pour mener à bien ses grands projets, poursuivre sa mission et atteindre sans cesse de nouveaux sommets, l'Institut a besoin du soutien indéfectible que lui accordent la Fondation et la communauté

en général. Les donateurs qui appuient les activités de l'Institut font preuve d'une générosité et d'un engagement qui nous stimulent et nous incitent à nous dépasser. Nous les remercions grandement. Merci également à tous nos bénévoles qui nous accompagnent jour après jour. Enfin, nous remercions tout le personnel ainsi que les membres du conseil d'administration pour leur engagement remarquable et leur précieux soutien.

LE MOT DE LA FIN

En terminant, l'année 2010-2011 aura marqué la poursuite de l'innovation dans le domaine des maladies cardiopulmonaires et de celles reliées à l'obésité. Nous pouvons tous être fiers des résultats accomplis et de la position enviable de l'Institut pour les années à venir.

Bonne lecture!

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

M. Michel Delamarre
Directeur général par intérim



EN GUISE D'INTRODUCTION



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

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

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

UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

MISSION

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

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

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

VISION

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

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

VALEURS

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

LE RESPECT :

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

LA RECONNAISSANCE :

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

LA RESPONSABILISATION :

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

LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT :

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

ENGAGEMENTS

AFIN DE RÉALISER NOS AMBITIONS, NOUS NOUS ENGAGEONS À :

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





SERVICES ET PROGRAMMES

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

CARDIOLOGIE *

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

PNEUMOLOGIE *

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

OBÉSITÉ *

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

MÉDECINE INTERNE ET SPÉCIALISÉE †

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

AUTRES SERVICES

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

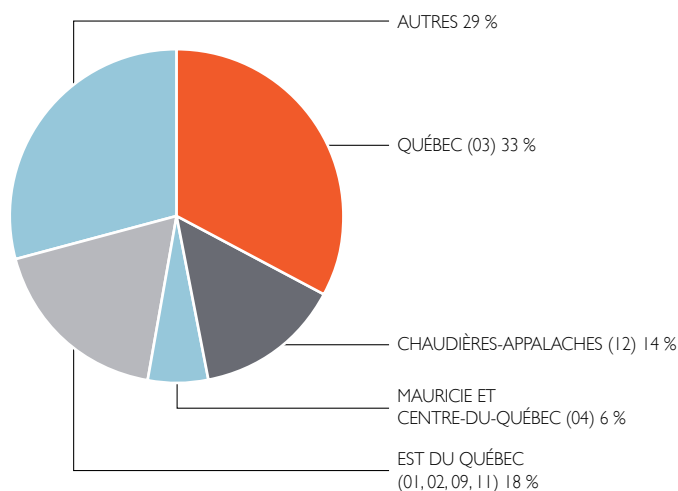
* Axes ultraspécialisés et suprarégionaux

† Axes soins spécialisés et généraux

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DE L'INSTITUT

L'Institut dessert la population de la région de Québec ainsi que celle du Centre et de l'Est-du-Québec, soit Chaudière-Appalaches, Mauricie-Bois-Francs, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord et Saguenay-Lac-Saint-Jean. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'IUCPQ. La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2010-2011, 32,9 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec et 67,1 % hors région.

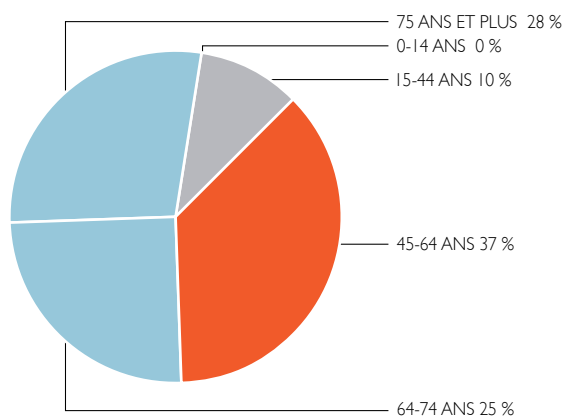
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS



Les hospitalisations ont connu une augmentation de 4,8 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 14 575* hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,7 jours par rapport à 13 901* en 2009-2010, pour une DMS de 6,9 jours. Comme par les années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 59 % et 24 %. Les autres spécialités totalisent 17 % de la clientèle hospitalisée, dont 4 % pour les maladies liées à l'obésité.

La moyenne d'âge globale des usagers hospitalisés est de 64,3 ans (féminin, 64,7 ans et masculin, 64 ans). La répartition par groupe d'âge démontre également que la clientèle la plus représentée est

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE

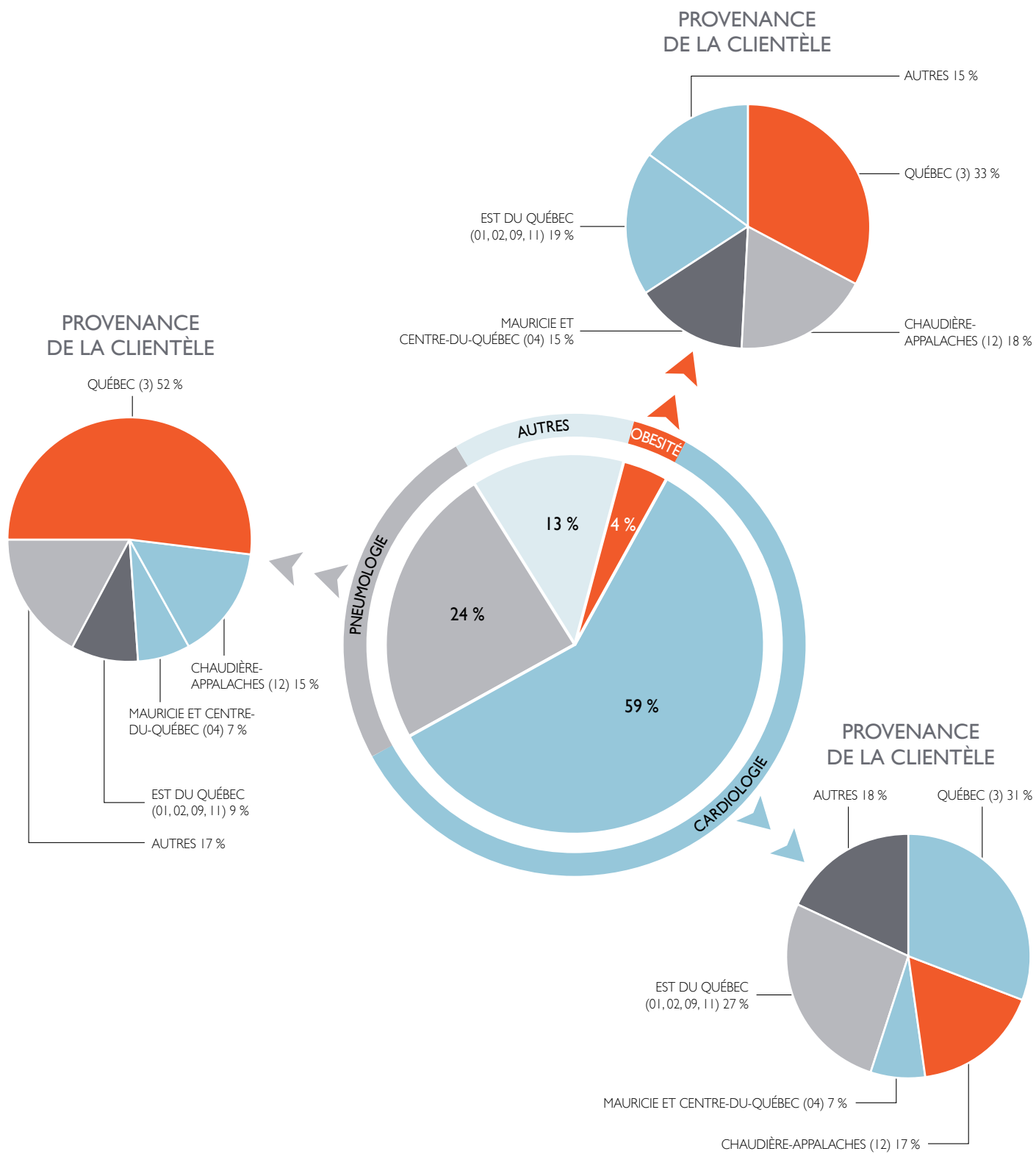


constituée de personnes âgées entre 45 à 64 ans, pour un taux de 37 %. Suit de près la tranche d'âge de 75 ans et plus, selon une proportion de 28 % de la clientèle totale hospitalisée.

Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées telles la médecine interne, l'ORL et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites en mode ambulatoire totalisent 92 258 pour 33 090 usagers. Cela représente une légère augmentation par rapport à 91 861 visites pour 32 712 usagers en 2009-2010.

* représente les usagers ayant **quitté** l'établissement entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ



PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ

DE LA POPULATION



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

MALADIES CARDIOVASCULAIRES¹

DÉCÈS PAR MALADIE CARDIOVASCULAIRE

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

En 2006, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de :

- ▶ 30 % de tous les décès au Canada (69 019 décès);
- ▶ 30 % de tous les décès chez les hommes;
- ▶ 31 % de tous les décès chez les femmes.

Parmi tous les décès de cause cardiovasculaire :

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

COÛT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

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

HOSPITALISATIONS AU CANADA

En 2005-2006, il y a eu :

- ▶ 160 323 hospitalisations pour cause de maladie cardiaque ischémique;

- ▶ 60 996 hospitalisations pour cause de crise cardiaque;
- ▶ 54 333 hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

CRISE CARDIAQUE

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

FACTEURS DE RISQUE

Neuf personnes sur dix (90 %) au Canada affichent au moins un facteur de risque associé aux maladies cardiovasculaires (tabagisme, alcool, sédentarité, obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète).

FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire affecte environ 200 000 à 250 000 Canadiens. Environ 6 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent de cette maladie.

INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

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

GREFFE CARDIAQUE

En 2008, des greffes cardiaques ont été réalisées dans cinq provinces : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec

Les références complètes se retrouvent à la page 109.



et Nouvelle-Écosse, pour un total de 162 greffes cardiaques effectuées au pays. À l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, la moyenne annuelle est de 20 transplantations cardiaques.

PRESSION ARTÉRIELLE

Cinq millions de Canadiens adultes ont une pression artérielle élevée, ce qui représente 19 % de la population adulte.⁵ L'enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) indique que 53,2 % des Canadiens âgés de 60 à 79 ans souffrent d'hypertension artérielle. Les femmes atteintes d'hypertension artérielle courent 3,5 fois plus de risques de souffrir d'une maladie du cœur que celles dont la pression artérielle est normale.⁶

MALADIES PULMONAIRES⁷

En 2008, 21 000 décès sont attribuables aux effets de la pollution atmosphérique au Canada. Ce nombre pourrait passer à 90 000 en 2013.

AUGMENTATION DES MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES

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

ASTHME

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

MPOC

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

cause des MPOC (90 % des cas). De 15 % à 25 % des fumeurs développeront une MPOC.

CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est une maladie causée par le développement désordonné de cellules anormales dans les poumons. Ces cellules anormales, dites cancéreuses, n'accomplissent plus les fonctions de cellules normales. Les hommes du Québec se démarquent en affichant le taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé au Canada en 2006, avec un taux de 95,3 %.⁸ La moyenne canadienne se situe à 69,6 %.

Les femmes du Québec se situent au milieu du classement quant au taux d'incidence du cancer du poumon parmi les provinces canadiennes en 2006, avec un taux de 57,8 %.⁹ La moyenne canadienne se situe à 50,3 %. Le tabac est le plus grand responsable de cette maladie. La fumée du tabac, spécialement la fumée de cigarette, est reconnue pour être la cause principale du cancer du poumon. L'inhalation de la fumée secondaire présente également un risque de cancer chez les non-fumeurs en raison de ses agents cancérigènes.

TABAGISME

La dépendance au tabac est reconnue comme une maladie chronique. Le tabagisme est l'une des principales causes d'hospitalisation et de réadmission. Environ 90 % des cancers des poumons sont attribuables au tabagisme. Un fumeur actif présente un risque 20 fois plus élevé de développer un cancer du poumon qu'une personne n'ayant jamais fait usage de tabac.¹⁰ En 2008, 18 % des Canadiens âgés de quinze ans et plus fumaient, ce qui représente environ 4,9 millions de Canadiens.¹¹ Après un infarctus du myocarde, l'abandon du tabac diminue les risques de mortalité de plus de 50 %.¹²

DÉCÈS CAUSÉS PAR LE TABAGISME ET LA FUMÉE SECONDAIRE

Le tabagisme contribue à plus de 37 000 décès chaque année au Canada, parmi lesquels quelque 11 000 sont reliés aux maladies du cœur et aux AVC (soit 29 % de tous les décès reliés au tabagisme qui sont attribuables aux maladies du cœur et aux AVC).¹³ Près de 6 300 non-fumeurs meurent chaque année à cause de l'exposition à la fumée secondaire.



MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ¹

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

COÛTS DE L'OBÉSITÉ

En 2005, les problèmes de santé chroniques reliés à l'obésité représentaient 4,3 milliards de dollars en coûts directs (1,8 milliard) et indirects (2,5 milliards), des statistiques qui pourraient sous-estimer le coût total du surpoids au Canada.¹⁶

DÉCÈS ATTRIBUABLES À L'OBÉSITÉ

Entre 1985 et 2000, 57 000 décès au Canada ont été associés au surplus de poids et à l'obésité.¹⁷

DIABÈTE

Les chercheurs prévoient une augmentation des diagnostics de diabète à quelque 2,4 millions de cas d'ici l'an 2016.¹⁸ L'Association canadienne du diabète estime qu'environ 90 % des diabétiques souffrent de diabète de type 2. Six pour cent des Canadiennes âgées entre 46 et 64 ans ont reçu un diagnostic de diabète et cette proportion atteint 13 % chez les 65 ans et plus. Une femme atteinte de diabète de type 2 court huit fois plus de risques de maladie du cœur qu'une femme non diabétique.¹⁹

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Près de la moitié (49,5 %) des Canadiens âgés de douze ans et plus signalent être sédentaires.³ Seulement 43 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont actifs; c'est le plus faible pourcentage de tous les groupes d'âge.²⁰ On estime que si vous êtes sédentaire et que vous devenez actif, vous pouvez réduire vos risques de crise cardiaque de 35 % à 55 %.²¹

COÛTS DE LA SÉDENTARITÉ

En 1999, les coûts de santé directs engendrés au Canada par la sédentarité atteignaient 2,1 milliards de dollars, soit environ 21 % des coûts de santé attribuables aux maladies coronariennes, aux AVC, à l'hypertension artérielle, au cancer du colon, au cancer du sein et au diabète.¹⁸

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



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

ENJEU I : L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

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

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

OUVERTURE D'UNE SALLE ADDITIONNELLE AU SECTEUR D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE

Inaugurée le 19 octobre dernier, la troisième salle d'électrophysiologie est maintenant fonctionnelle à raison de trois jours par semaine. Ce plateau technique temporaire permet de répondre à l'accroissement de la liste d'attente en électrophysiologie. Grâce à une technologie de pointe, les procédures d'ablation complexe sont privilégiées. De plus, la disponibilité de deux écrans haute définition offre la possibilité d'effectuer des procédures dans le cadre de la Télésanté. Cinq lits additionnels ont été dressés et dédiés à la clientèle d'électrophysiologie.



LABORATOIRE DU SOMMEIL

En collaboration avec le CHUQ et le CHA, un projet de création d'un laboratoire régional des troubles respiratoires du sommeil a été élaboré. Ce projet vise à consolider et à coordonner l'offre de service relative à l'évaluation et au traitement des troubles respiratoires du sommeil. Il permet également de développer la vocation régionale et suprarégionale de l'IUCPQ en pneumologie tertiaire et en chirurgie thoracique, pour le territoire du RUIS-UL. Les objectifs de ce projet sont d'optimiser l'investigation des problèmes respiratoires du sommeil par la bonification de celle-ci en externe dans chacun des établissements concernés et d'organiser un laboratoire régional d'investigation des troubles du sommeil à partir du laboratoire actuel situé à l'IUCPQ. Ce projet s'inscrit dans les orientations ministérielles et régionales

relatives à l'amélioration de l'accessibilité aux services, à la qualité et à la hiérarchisation des soins, et ce, en respect des missions de chacun des établissements. Celui-ci a été adopté au conseil d'administration de l'IUCPQ, déposé à l'Agence et au comité directeur du RUIS-UL.

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

L'implantation du projet SARDM (système automatisé robotisé de la distribution des médicaments), initié en 2008-2009, se poursuit avec la réalisation de la seconde phase qui se finalisera en 2011-2012. Ce projet permet à l'ensemble des unités de soins de bénéficier d'une distribution des médicaments pour 24 heures et d'une administration rapide des premières doses. En effet, à l'automne 2010, les travaux de déploiement des cabinets automatisés sur les unités de soins réguliers débutaient. De plus, afin de sécuriser la distribution des médicaments sur les unités de soins, le Département de pharmacie implantera, au cours des prochains mois, une nouvelle procédure de vérification, avec l'aide de lecteurs codes à barres. Rappelons qu'en 2008-2009, nous avons procédé à l'installation d'une emballeuse-ensacheuse dans des locaux entièrement rénovés, de même qu'au déploiement de cabinets automatisés décentralisés sur les unités de soins intensifs et à l'Urgence, sans oublier les chariots de distribution de médicaments sur les unités de soins.



TÉLÉSANTÉ

Inforoute Santé du Canada a confirmé le financement des projets de télésanté. Une gouvernance régionale, pour la gestion de ces projets, a été mise en place. Pour le territoire du RUIS-UL, deux axes de développement ont été retenus, soit : la télépathologie et la téléconsultation en soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires. Ces deux volets ont été développés en parallèle, compte tenu des particularités requises au déploiement de la technologie et à leur organisation clinique.



TÉLÉPATHOLOGIE

En janvier 2008, le MSSS a approuvé le déploiement du projet de la Télépathologie avec un budget provincial de 6 148 000 \$. Le matériel requis à la mise en place de cette nouvelle technologie a été acquis à l'été 2010. Il est actuellement disponible au laboratoire de pathologie et en salle d'autopsie. Ces équipements contribuent à l'amélioration de l'offre de service au laboratoire de pathologie, entre autres par :

- ▶ la création, l'échange et l'analyse d'images numériques;
- ▶ la création d'un réseau de contacts entre les pathologistes qui favorise le partage d'expertise;
- ▶ la diminution de l'isolement professionnel par l'accès à l'expertise des collègues pathologistes;
- ▶ le retour facilité des immunohistochimies;
- ▶ l'accès rapide à l'information, notamment pour les examens extemporanés des centres ne disposant pas de l'expertise d'un pathologiste;
- ▶ l'offre d'un meilleur service chirurgical.

Au plan régional, le laboratoire de pathologie de l'Institut participe activement avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSSCN), le CHUQ et le CHA au déploiement du vaste réseau de télépathologie du RUIS-UL qui desservira 21 centres hospitaliers.



TÉLÉCONSULTATION

L'organisation de ce nouveau service devant être intégrée au mode de dispensation des soins par programmes, un groupe de travail a été mis en place afin d'implanter les projets de téléradiologie, de téléconsultation et de téléenseignement dans les programmes de cardiologie, de pneumologie, de chirurgie bariatrique et de médecine interne. Une coordonnatrice clinique et un coordonnateur technique sont identifiés afin de soutenir les activités en télésanté. Ils assureront le lien entre les équipes des programmes et le comité Télésanté. Dès janvier 2011, trois des cinq équipements prévus pour notre établissement ont été commandés afin de supporter les projets d'oncologie pulmonaire, d'apnée du sommeil, de cardiologie, d'enseignement préopératoire et d'évaluation des plaies complexes en phase postopératoire. Une fois ces équipements en place, d'autres projets viendront s'y ajouter.

EN CONCLUSION

Les avantages de la télésanté sont :

POUR LA CLIENTÈLE

- ▶ diminution des transferts;
- ▶ diagnostic plus rapide.

POUR LES PROFESSIONNELS

- ▶ accès facile à une 2^e expertise;
- ▶ diminution de l'isolement professionnel;
- ▶ transfert d'expertise et accès facilité des activités d'enseignement.

POUR LES ORGANISATIONS

- ▶ recrutement de chirurgiens et de pathologistes;
- ▶ moins de déplacement des pathologistes = augmentation de la prestation de service;
- ▶ technologie facilement transportable d'un site à l'autre.

THERMOPLASTIE BRONCHIQUE

Une nouvelle technique a été inaugurée en salle interventionnelle d'endoscopie respiratoire : la thermoplastie bronchique, récemment homologuée par Santé Canada. Elle consiste à réduire la quantité de muscles lisses de la paroi bronchique, responsables de la bronchoconstriction. Ce traitement innovateur s'adresse aux usagers atteints d'asthme modéré à sévère dont les symptômes ne sont pas maîtrisés par les traitements médicaux classiques. L'Institut a participé à diverses études cliniques ayant conduit à l'homologation de ce traitement, offert exclusivement sur une base clinique. En lien avec notre mission tertiaire, cette technologie de pointe constitue une première canadienne, un atout majeur pour le traitement de l'asthme. Cette nouvelle technique vient désormais renforcer notre rôle de centre de référence pour la thérapie de pointe en pneumologie.

ÉCHOCARDIOGRAPHIE ET ÉCHOGRAPHIE EN SOINS INTENSIFS

La mise au point, au cours des dernières années, d'appareils d'échographie de dimensions comparables à des ordinateurs portatifs et donnant accès à des images de qualité diagnostique, nous a permis de répondre à un besoin clinique de plus en plus important. En effet, il est fréquent qu'il soit nécessaire d'utiliser l'échographie dans les unités de soins intensifs, en hémodynamie et en électrophysiologie, à l'Urgence ou au bloc opératoire, soit pour aider au diagnostic d'une complication clinique ou pour faciliter la pose de cathéters veineux centraux. La disponibilité d'échographes portatifs dans ces endroits permet maintenant aux cliniciens d'intervenir plus rapidement et plus efficacement, puisque ces nouveaux appareils sont mobiles et moins encombrants.

UN CŒUR MÉCANIQUE DE NOUVELLE GÉNÉRATION



*D' Carl Taillon, directeur général de l'Institut, D' Éric Charbonneau, chirurgien cardiaque, M. Mario Guérin, organisateur du **Rendez-vous Ferrari 2010** et donateur de l'appareil, M. François Giroux, membre du conseil d'administration de la Fondation de l'Institut et M. Jean Méthot, directeur général de la Fondation.*

En décembre 2010, l'Institut recevait un don de haute technologie. Appelé *CardioHelp i* et offert par le *Club Luigi Ferrari de Québec* à la Fondation de l'Institut, ce nouvel appareil de support cardiaque et d'oxygénation par membrane extracorporelle permet de supporter les fonctions cardiopulmonaires des patients en défaillance cardiaque ou pulmonaire. Cet appareil révolutionnaire de par son utilisation approuvée pour 30 jours consécutifs, son branchement à n'importe quelle source de courant, autant en salle opératoire que durant un transport par ambulance, par hélicoptère ou par avion, ses paramètres intégrés de lecture et de détection des signes vitaux s'inscrivent parfaitement avec la mission d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'établissement.

ENTENTE DE SERVICE AVEC HSFA

Le RUIS-UL a mandaté l'Institut pour assurer un leadership dans l'organisation régionale des services médicaux en pneumologie. Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et l'IUCPQ ont développé une offre de service conforme aux besoins des usagers de pneumologie de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA). Ainsi, une entente de service entre les deux établissements a été conclue. À cet égard, les pneumologues de l'IUCPQ participent aux activités cliniques de l'HSFA et ils assument un service de garde selon l'entente établie. Cette alliance consolide les soins requis par une clientèle cible de l'HSFA en assurant une accessibilité à des consultations spécialisées en pneumologie.

ENJEU 2 : LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER

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

ORIENTATION : CONSOLIDER LES SOINS ET LES SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS.

PROGRAMME ALLIANCE

Afin de répondre aux besoins des grands utilisateurs de services, le *Programme Alliance* est implanté dans la région, en collaboration avec l'Agence. Ce modèle de gestion clinique intégrée et intensive vise l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de ces grands utilisateurs. Il prévoit, entre autres :

- la coordination et le suivi clinique, par une infirmière gestionnaire de cas complexes;
- la prise en charge par un médecin de famille et l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé;
- une approche personnalisée;
- une gouvernance clinique axée sur les besoins de ces grands utilisateurs;
- la mobilisation de tous les partenaires du réseau;
- le partage d'information clinique entre les intervenants;
- la prévention des visites évitables à l'Urgence et d'hospitalisations fréquentes.

Les grands utilisateurs de services de l'Institut ont été identifiés en fonction du nombre de consultations à l'Urgence et d'épisodes d'hospitalisation. Pour l'année 2009, une première cohorte de 75 usagers a été ciblée et une seconde de 80 usagers l'a été pour l'année 2010. La sollicitation des clientèles ciblées a débuté en juin 2010, lors d'une visite à l'Urgence. Une évaluation des résultats sera faite au cours de la prochaine année.

LA PLASMAPHÉRÈSE

L'aphérèse est une technologie développée dans le but de recueillir certaines composantes du sang. Les hématologues utilisent cette technique comme méthode de traitement chez les usagers dont le sang doit être sélectivement débarrassé de cellules ou de substances anormales devenues soudainement toxiques ou nuisibles à leur santé. Le CHA ayant la mission régionale d'offrir des soins spécialisés en hématologie et en plasmaphérèse, une entente de service a été signée en juin 2010

concernant la dispensation de traitements de plasmaphérèse aux usagers de l'Institut. L'Institut a donc fait l'acquisition d'un appareil de plasmaphérèse et deux ressources infirmières de notre établissement ont bénéficié d'une formation spécialisée, offerte par les intervenants du CHA. L'Institut est maintenant prêt à honorer l'entente de service.

PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)

Les travaux pour l'actualisation de l'entente multipartite entre les centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux en lien avec le projet clinique « Perte d'autonomie liée au vieillissement », se sont poursuivis. La mise en place de la trajectoire de cette clientèle, incluant l'intégration de la travailleuse sociale réseau, a été complétée depuis le 31 janvier 2011. Dans l'entente de gestion 2010-2011, le MSSS a identifié quatre volets prioritaires pour la clientèle âgée hospitalisée :



- l'utilisation d'un outil de repérage des aînés à risque à l'Urgence;
- la mise en place d'un mécanisme de suivi des repérages positifs;
- la présence d'un intervenant pivot tel un intervenant social à l'Urgence;
- l'instauration d'un programme de mobilité à l'Urgence et sur les unités de soins.

Ces priorités sont préalables à l'implantation de « l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier ». Des travaux conjoints entre la Direction de la coordination des programmes et la Direction des services multientèles ont permis de préparer tous les éléments nécessaires à l'actualisation de ces priorités.

ENJEU 3 : LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX

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

ORIENTATIONS :

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

DÉVELOPPER UN MILIEU DE TRAVAIL STIMULANT ET VALORISANT;

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA PRÉSENCE DU PERSONNEL;

DISPOSER DES EFFECTIFS MÉDICAUX NÉCESSAIRES POUR RÉPONDRE
AUX BESOINS DES USAGERS.

ATTRACTION ET RÉTENTION



Les objectifs de recrutement, particulièrement pour les titres d'emploi liés aux soins infirmiers, ont dépassé les objectifs fixés, et ce, en dépit des difficultés liées à la situation de la relève infirmière. D'autre part, le nombre de départs à la retraite et pour autres raisons est à la baisse, comparativement à l'an dernier.

RÉTENTION DU PERSONNEL

Bien que le recrutement soit une activité charnière de la Direction des ressources humaines, la rétention des employés fait partie de la stratégie organisationnelle visant le maintien et le développement de notre mission en matière de qualité et de sécurité des soins et services. Dans ce contexte, le taux de rétention annuel est un indice dont il faut tenir compte lorsque l'on fait référence à la capacité de l'établissement à répondre aux attentes des nouveaux employés. Ainsi, au cours de la dernière année, le taux de rétention se situe à 79,3 %, ce qui indique un certain équilibre avec l'an dernier (79,2 %). Compte tenu du contexte actuel de rareté et de compétitivité, ce taux s'avère une très bonne nouvelle.

RECRUTEMENT



DÉMARCHE ORGANISATIONNELLE POUR CONTRENER LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

À l'automne 2010, une démarche structurée a été mise de l'avant par le comité tactique pour contrener les heures supplémentaires avec le soutien des directions cliniques et de la Direction des ressources humaines. Dans un premier temps, la démarche et les travaux proposés visaient à stimuler la discussion et à analyser la faisabilité de certaines actions pouvant contrener le recours aux heures supplémentaires (volontaires et obligatoires). Le



personnel d'encadrement clinique, de même que infirmières et infirmières auxiliaires de l'établissement ont été rencontrés en octobre pour se mettre au diapason et réagir au projet proposé. Dans un deuxième temps, des rencontres traitant des scénarios et des solutions ont été tenues dans chacune des unités de soins et services cliniques. Ensuite, un plan de déploiement des mesures retenues a été préparé par les directions cliniques, en collaboration avec la Direction des ressources humaines. Les mesures prioritaires dans un premier temps sont l'horaire de douze heures et l'autogestion des horaires de travail. La mise en place de ces projets est présentement en cours.

RECRUTEMENT D'INFIRMIÈRES FRANÇAISES

Au cours des dernières années, l'Institut s'est impliqué dans le recrutement d'infirmières françaises, conjointement avec le MSSS. Cette année, l'Institut a accueilli sept infirmières françaises et belges. Celles-ci doivent effectuer un stage d'équivalence de 30 jours sur une unité de soins de médecine ou de chirurgie afin d'évaluer leurs compétences et de faciliter leur intégration au milieu de santé québécois. Ce stage fait partie d'un processus dicté par l'OIIQ. L'arrivée de ces nouvelles infirmières d'expérience est grandement appréciée par l'ensemble des équipes des unités de soins. Elles sont soutenues, tout au long du processus, par une coordonnatrice et conseillère en soins infirmiers de la Direction des soins infirmiers. Nous observons que la majorité de ces infirmières restent définitivement à l'Institut.

INTÉGRATION D'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE À LA CLINIQUE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Le plan d'effectifs des infirmières praticiennes spécialisées de l'Institut prévoyait l'intégration d'une infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (IPS). En novembre 2010, le projet s'actualisait et portait à cinq le nombre d'IPS œuvrant au sein de l'organisation dans les secteurs de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie. Après quelques mois d'orientation, l'IPS a une pratique autonome auprès de la clientèle de la clinique d'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, des travaux ont été complétés pour revoir les règles de soins médicaux, élaborer de nouvelles règles d'utilisation des médicaments (RUM) et en bonifier d'autres, permettant ainsi de mieux encadrer la pratique professionnelle des IPS.

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

La planification de la main-d'œuvre cadre de l'Institut nous indique que plusieurs postes se libéreront au cours des prochaines années, laissant entrevoir d'importants besoins, tant administratifs que cliniques. Afin de pallier à cette situation, un *Programme d'identification et de développement de la relève-cadre intermédiaire* a été lancé à l'automne 2010, rejoignant ainsi les orientations stratégiques 2008-2013. En favorisant le recrutement à l'interne et en maintenant la culture, la connaissance et le savoir dans le milieu, cette démarche contribue à minimiser les coûts reliés au recrutement et à favoriser le développement à l'interne. Près de 80 personnes ont postulé. Par un processus de présélection, une dizaine d'entre elles ont été retenues en toute fin du processus et constituent la première cohorte de relève-cadre.

ÉQUIPES MULTISERVICES

L'implantation du concept d'équipes multiservices, dont les membres sont issus des différentes directions de soutien et de la Direction des soins infirmiers, a été approuvée par le comité de direction en juin 2010, à la suite d'un projet pilote réalisé l'année précédente. L'un des objectifs de la mise en place de ces équipes est d'améliorer le temps de réponse aux besoins du client interne, et ce, dans une approche interprofessionnelle de rôle-conseil. Le deuxième objectif est de permettre le développement des connaissances, des habiletés, des attitudes et des comportements des membres d'une équipe composée de professionnels des directions de soutien et d'un gestionnaire-client. Deux équipes ont déjà été implantées pour les programmes de santé cardiovasculaire et de santé respiratoire. Le déploiement des autres équipes est prévu au cours de l'année 2011.

AMÉLIORATION CONTINUE

Une recommandation avait été formulée, dans le rapport d'Agrément Canada de décembre 2009, concernant les rôles et les responsabilités des intervenants en lien avec les soins et la sécurité des usagers. Un plan d'action a été élaboré et différentes activités ont depuis été réalisées. Un état de situation de ces activités a été présenté à Agrément Canada en octobre 2010, permettant ainsi de se conformer à la recommandation émise.

ORGANISATION DU TRAVAIL

Afin de relever les défis reliés à la rareté des ressources humaines, l'Institut s'est inscrit depuis 2004, dans une révision des processus de travail sur les unités de soins et à l'Urgence. En 2008, ces travaux ont permis, entre autres, d'intégrer 40 infirmières auxiliaires sur sept unités de soins. En 2010, les travaux se sont poursuivis dans les secteurs ambulatoires. Ces travaux, impliquant du personnel de la Direction des soins infirmiers, de la Direction de la coordination des programmes et la Direction des services multiclientèles, ont permis d'intégrer des infirmières auxiliaires dans des secteurs tels que le Centre de soins de jour, la Clinique externe de chirurgie bariatrique, la Clinique spécialisée de pneumologie ainsi qu'à l'Urgence. On prévoit également l'actualisation d'un projet de réaffectation des infirmières enceintes sur les unités de soins, élaboré par une infirmière étudiante au baccalauréat, en collaboration avec le chef d'unité de soins et la conseillère clinicienne de la Direction des soins infirmiers.

SYSTÈME D'INFORMATION INTÉGRÉE EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET PAIE (MAGISTRA)



L'implantation du système d'information intégrée en gestion des ressources humaines et paie avait dû être suspendue en 2008, en raison de fonctionnalités déficientes du logiciel. Ce n'est qu'à l'automne 2010 qu'une version améliorée a été livrée par le fournisseur, permettant ainsi de poursuivre les travaux de déploiement du relevé de présence électronique auprès de l'ensemble des employés. De plus, six guichets ou bornes « libre-service » ont été installés pour permettre au personnel de

consulter leur horaire de travail ainsi que leur relevé de présence et d'effectuer leur changement d'adresse. L'implantation du système sera complétée à l'automne 2011, lorsque les bornes libre-service permettront aux employés de postuler sur les postes affichés, d'émettre ou de modifier leurs disponibilités ainsi que de consulter et d'imprimer, le cas échéant, leur relevé de salaire.

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2010-2011
CADRES	
Moins de 30 ans	0
30-39 ans	23
40-49 ans	31
50-54 ans	23
55 ans et plus	18
TOTAL	95
EMPLOYÉS	
Moins de 30 ans	648
30-39 ans	567
40-49 ans	526
50-54 ans	313
55 ans et plus	224
TOTAL	2 279
Départs à la retraite	50
Départs (excluant les retraites)	212
TOTAL (DÉPARTS)	262
EMBAUCHES	313
EFFECTIFS MÉDICAUX	
Total effectifs médicaux	146
spécialistes	126
omnipraticiens	20
BÉNÉVOLES	
Nombre total de bénévoles	90

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT

	2010-2011	2009-2010
CADRES (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	92	92
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2	2
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	s. o.	s. o.
EMPLOYÉS RÉGULIERS (EN DATE DU 31 MARS)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 262	1 256
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	299	371
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	s. o.	s. o.
EMPLOYÉS OCCASIONNELS (INCLUT LES STATUTS TCT ET TPT)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 053,663	919,655
Équivalents temps complet	577	503

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL : DÉMARCHE DE CERTIFICATION À LA NORME CSA-Z-1000-06

Le comité adviseur provincial, en collaboration avec l'Institut, a terminé la rédaction des documents nécessaires et exigés par la norme CSA-Z-1000-06 de l'Association canadienne de normalisation (ACNOR), visant l'implantation d'un système de management de la santé et de la sécurité au travail (SMSST). La documentation, produite par huit établissements participants, permettra d'élaborer ou de réviser, au cours des trois prochaines années, les politiques et procédures internes afin qu'elles soient conformes aux exigences minimales requises par cette norme. De plus, les travaux liés à l'évaluation des risques par secteur d'activité au sein de notre établissement

se concrétisent. Un calendrier d'implantation du SMSST a été développé et prévoit que l'ensemble des secteurs d'activité aura été évalué d'ici juin 2013.

RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE

Le ratio d'assurance salaire est calculé en divisant le nombre d'heures d'absence en assurance salaire par le nombre d'heures travaillées. Pour la présente année, l'Institut affiche un ratio de 4,66 %, soit en deçà de la cible fixée dans l'entente de gestion qui est de 4,91 %. Comme illustré dans le tableau, l'établissement se maintient, depuis les cinq dernières années, sous le ratio de la Capitale-Nationale. Au cours des deux dernières années, est observée une baisse de 15 000 heures des absences en assurance salaire.

ÉVOLUTION DU RATIO D'ASSURANCE SALAIRE

	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008	2006-2007
Ratio IUCPQ	4,66% (P12)	4,93 %	5,57 %	5,27 %	4,61 %
Ratio Capitale-Nationale	N/D	5,49 %	5,68 %	5,65 %	5,64 %
Ratio des CHSGS publics	N/D	4,91 %	4,91 %	4,98 %	4,95 %

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

Au cours de l'année, 73 travailleurs ont subi une lésion professionnelle. Les causes les plus fréquentes d'accident sont celles ayant trait à la mobilisation des usagers ou à leur sécurité. De façon générale, celles-ci génèrent également les accidents les plus graves et les plus coûteux. Par ailleurs, un nombre relativement important d'événements qui ont trait à de faux mouvements ou à des efforts excessifs déployés lors de l'exécution d'une tâche est observé. En regroupant toutes ces catégories, 49 travailleurs ont eu une blessure durant l'année, en raison de l'un ou l'autre de ces agents causals, ce qui représente 67 % des lésions professionnelles. L'évaluation des risques effectuée dans plus d'une douzaine de secteurs d'activité, dans le cadre du système de management en SST, reflète d'ailleurs cette réalité. Les plans d'amélioration continue comportent donc différentes stratégies pour tenter d'améliorer, de façon significative, ce portrait au cours des années futures.

RECONNAISSANCE

SOIRÉE RECONNAISSANCE
POUR LE PERSONNEL AYANT
ATTEINT 25 ANS DE SERVICE
ET CELUI RETRAITÉ



À l'instar des années précédentes, cette soirée a eu lieu au Musée national des beaux-arts du Québec le 11 novembre. Par cet événement, l'établissement soulignait le travail exceptionnel de 99 personnes, provenant de l'ensemble des directions de notre organisation, dont 80 étaient présentes.

GALA RECONNAISSANCE

La première édition du Gala reconnaissance a eu lieu le 20 mai à l'auditorium du pavillon Marguerite-d'Youville. Cette grande première a permis de reconnaître le talent et la créativité d'employés et de médecins de notre Institut. L'objectif de ce gala étant d'encourager l'expression de la reconnaissance par les collègues, plus de 50 personnes, incluant les collègues et les supérieurs immédiats des nominés, ont participé à cette soirée. Les gagnants des différentes catégories furent :

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

M^{me} Isabelle Guay, nutritionniste



M^{mes} Lucie Gonthier, Isabelle Guay et Marlène Villeneuve

GESTION (CADRES AVEC OU SANS SUPERVISION) :

M^{me} Amélie Laroche, chef de service, 6^e pavillon Central



M^{mes} Amélie Laroche et Marie-Claude Bédard, AIC.

ESPRIT D'ÉQUIPE ET DE COLLABORATION :

M^{me} Fernande Duval, agente administrative, 3^e Soins intensifs



M^{mes} Sylvie Gosselin, Fernande Duval et Diane Montminy

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

D^r Guy Béland



D^r Sylvain Blanchet, du Département de médecine générale et du Département de médecine d'urgence et D^r Guy Béland, du Département de médecine générale

RECHERCHE :

D^r Jean-Pierre Després



ENSEIGNEMENT :

D^r Claude Garceau



PRIX D'EXCELLENCE :

M^{me} Hélène Ouellet, agente administrative à la Direction de la recherche.



D^r Carl Taillon, directeur général, M^{mes} Hélène Ouellet, lauréate et Line Grisé, représentante du Conseil d'administration

SOIRÉE HOMMAGE AUX BÉNÉVOLES



D^r Carl Taillon, directeur général, M^{me} Thérèse Landry, Hommage à ses 35 ans de bénévolat et M^{me} Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration



M^{me} Nicole Morin, présidente de l'Association des bénévoles, M^{me} Monique Carrier, récipiendaire du Prix Charlotte-Martin-Métivier, M^{me} Suzanne Petit, directrice générale adjointe aux affaires cliniques

Le 4 novembre, la direction conviait ses bénévoles lors de la soirée *Hommage aux bénévoles* sous le thème du travail d'équipe. Cette activité permet à la direction, au conseil d'administration ainsi qu'au personnel hospitalier, de signifier aux bénévoles la gratitude ressentie envers le travail qu'ils ont accompli au cours de la dernière année. Près de 100 personnes ont assisté à cet événement. Cette année, le Prix Charlotte-Martin-Métivier a été remis à M^{me} Monique Carrier, bénévole au kiosque à journaux.

PRIX RELÈVE INFIRMIÈRE



M^{mes} Kathleen Vézina et Judith Gagnon du Comité relève, Sandra Poulin, gagnante du prix relève 2010, Sabrina Fréchette et Geneviève Waters, nominées pour le prix relève, Mireille Morin du Comité relève

Le comité Relève infirmière de l'Institut attribue chaque année à une jeune infirmière ou à une infirmière auxiliaire de moins de cinq ans d'expérience le prix « Relève infirmière ». Ce prix est remis lors du cocktail Reconnaissance du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) à un(e) jeune professionnel(le) qui s'est démarqué(e) par sa détermination, son implication auprès de la clientèle et sa participation à améliorer la qualité des soins. En mai, le prix « Relève infirmière, infirmière auxiliaire » a été décerné à M^{me} Sandra Poulin, infirmière au 6^e pavillon Central, chirurgie thoracique.

PRIX MENTOR

Le prix Mentor, remis annuellement par le Comité Relève infirmière, vise à reconnaître une infirmière ou un infirmier d'expérience qui a su soutenir les jeunes infirmières à travers les enjeux du quotidien. Cette personne partage ses connaissances et son expérience avec patience auprès des jeunes recrues, dans le souci d'assurer des soins sécuritaires et de qualité clientèle. Celle-ci est choisie par processus de vote par les jeunes infirmières de l'Institut de tous les secteurs. Cette année, le prix Mentor a été décerné à M. Christian Godbout, infirmier clinicien du 3^e Soins intensifs de chirurgie cardiaque.



ENJEU 4 : LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES

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

ORIENTATIONS : POURSUIVRE LES DÉMARCHES POUR LA RÉALISATION DU PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER;

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

INAUGURATION DE DEUX CHAMBRES DE FIBROSE KYSTIQUE AU 5^e PAVILLON CENTRAL



En décembre 2008, l'IUCPQ a accueilli la clientèle adulte atteinte de fibrose kystique du CHUL. L'ensemble des soins et services de la clientèle ambulatoire et hospitalière a été intégré aux activités de l'établissement. La clientèle atteinte de fibrose kystique doit, idéalement, avoir accès à une chambre privée, considérant les particularités au regard de la condition clinique pouvant nécessiter un isolement. Conformément aux normes émises par l'Association de la fibrose kystique, deux chambres privées dédiées aux usagers atteints de fibrose kystique ont été aménagées. Chacune d'elle est équipée de façon à répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle.

SERVICE CENTRALISÉ D'ADDITIFS AUX SOLUTÉS (SCAS) D'ONCOLOGIE

Au printemps 2010, les services centralisés d'additifs aux solutés SCAS d'oncologie ont déménagé au-dessus des locaux de la Clinique d'oncologie. Deux nouvelles hottes, dont une stérile, permettent d'effectuer sécuritairement la préparation et la manipulation des produits utilisés en chimiothérapie. Un système de surveillance à distance aide le pharmacien dans la vérification des préparations réalisées. L'optimisation des processus de travail a permis d'offrir au personnel un environnement de travail sécuritaire et de se conformer ainsi aux recommandations émises par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

SYSTÈME TRIAX AU BLOC OPÉRATOIRE

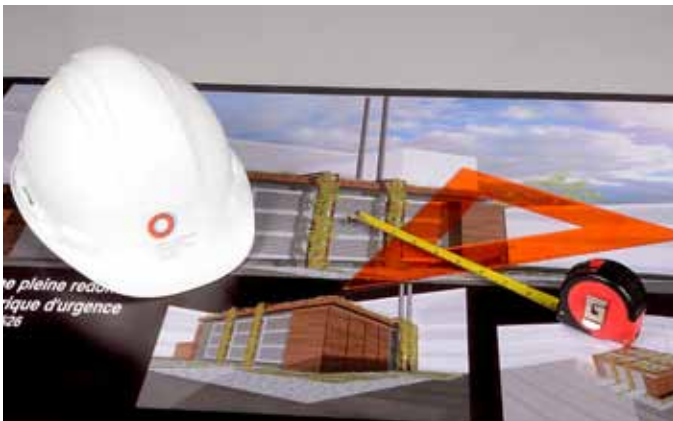


Il y a quelques années, le système de réapprovisionnement double casiers *Triax* était implanté dans la majorité des secteurs cliniques de l'établissement. À l'été 2010, l'implantation de ce système s'est poursuivie afin d'augmenter l'efficacité de la



chaîne d'approvisionnement au bloc opératoire. Ainsi, le système double casiers était mis en place pour les réserves du bloc opératoire, en collaboration avec plusieurs intervenants, dont le personnel des services des approvisionnements, des installations matérielles, des systèmes d'information, d'hygiène et de salubrité et du bloc opératoire. Cette installation a permis de diminuer de 175 000 \$ la valeur des fournitures médicales en réserve, de faciliter le réapprovisionnement et d'éviter les pertes. De plus, le réapprovisionnement automatisé de certaines prothèses cardiaques, tels les greffons et les valves, est maintenant assuré par des réceptacles intelligents.

PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER



En 2010, l'Institut a reçu l'autorisation de procéder à l'élaboration des programmes fonctionnels et techniques (PFT), pour une première étape d'actualisation du plan directeur immobilier (PDI). Ce premier volet vise la construction en façade nord-ouest d'un agrandissement sur quatre étages. Cet agrandissement est nécessaire en prévision de l'aménagement, au 3^e niveau, d'une troisième salle d'électrophysiologie. Ce nouvel espace, de dimension suffisante, permettra éventuellement d'y consolider l'ensemble des activités d'électrophysiologie, incluant le transfert des deux salles existantes. Le 4^e niveau de cet agrandissement, en lien avec le bloc opératoire, vise l'aménagement éventuel d'une salle hybride de chirurgie cardiaque. Ce projet est partiellement inclus dans le PFT de l'agrandissement en façade. Les sommes requises pour l'aménagement de la salle hybride font l'objet d'un projet dans le cadre de la campagne majeure de la Fondation de l'Institut.

Le second volet concerne un agrandissement au-dessus du garage de l'Urgence, pour la consolidation des activités de radiologie, incluant notamment le déménagement du tomographe actuellement installé au sous-sol du pavillon Central et l'ajout d'un deuxième tomographe. Les PFT seront complétés au printemps 2011. Par la suite, un suivi approprié sera effectué auprès de l'Agence pour obtenir les autorisations nécessaires à l'élaboration des plans et devis.

AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT ET À LA CONSOLIDATION DE L'OFFRE DE SERVICE

Au cours des dernières années, les projets de construction ont été nombreux et ils ont permis l'actualisation de priorités organisationnelles. Certains projets, identifiés comme prioritaires dans le cadre de la planification stratégique 2008-2013, ont été complétés, par exemple, l'aménagement d'une troisième salle d'électrophysiologie cardiaque (plateau temporaire). D'autres projets restent à compléter :

- ▶ l'agrandissement des cliniques spécialisées de pneumologie, incluant les locaux nécessaires pour la clientèle atteinte de fibrose kystique (réalisé partiellement : réaménagement de deux chambres au 5^e pavillon Central, aménagement temporaire de la clinique de fibrose kystique au rez-de-chaussée du pavillon Rousseau);
- ▶ le transfert du Centre de soins de jour et des lits de polysomnographie aux bénéfices de la révision de la répartition des lits;
- ▶ la construction d'espaces additionnels pour soutenir le développement des activités cliniques et d'enseignement;
- ▶ le réaménagement de la laverie et de la cafétéria.

PAVILLON ROUSSEAU

Le pavillon Rousseau, construit en 1930, est un édifice de quatre étages où l'on y trouve la Direction de l'enseignement universitaire, une partie du Service des archives médicales, les cliniques spécialisées de pneumologie, l'unité de débordement de l'Urgence, le Département de psychiatrie, le Service de réadaptation ainsi que des salles d'enseignement. Depuis quelques années, ce pavillon fait l'objet de travaux de réfection (toiture, maçonnerie). Une phase majeure de rénovation a débuté à l'automne dernier et devrait se terminer à la fin du printemps 2011. Cette phase comprend des travaux de désamiantage, le remplacement de fenêtres, la modernisation des systèmes de chauffage, de ventilation et de distribution électrique ainsi que



la démolition des cloisons des niveaux 0 et 1 pour permettre des aménagements modernes adaptés aux nouveaux besoins des programmes. Quelques travaux supplémentaires à la structure pourraient être requis afin de s'assurer que le bâtiment réponde aux dernières exigences du Code du bâtiment.

INVESTISSEMENTS EN ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

- ▶ Une troisième salle d'électrophysiologie temporaire a été aménagée et est fonctionnelle depuis octobre 2010. On y trouve des équipements de dernier cri technologique d'une valeur de 2,75 M\$.
- ▶ Grâce à une enveloppe de maintien des équipements médicaux de 5 035 M\$ obtenue du MSSS pour 2010-2011 et à des soldes inutilisés de l'ordre de 600 K\$ provenant d'anciennes subventions, de nouveaux équipements ont été acquis pour une valeur totale d'environ 5,6 M\$. Voici les principaux projets réalisés :
 - remplacement de deux appareils de radiographie mobiles et des unités de lecture de cassettes au phosphore (CR);
 - remplacement de moniteurs de signes vitaux et ajout de moniteurs muraux au chevet dans les unités de soins;
 - remplacement de la salle de radiofluoroscopie digestive par une salle numérique multifonctionnelle polyvalente (salle G5);



- trois échographes portatifs pour besoins urgents dans les unités de soins intensifs et au bloc opératoire;
- deux échocardiographes portatifs pour expertise au chevet ou dans les salles d'intervention en hémodynamie et en électrophysiologie;
- trois unités de traitement de plaies complexes par thérapie à pression négative (systèmes VAC);
- une unité de thermoplastie bronchique;
- une unité d'hémofiltration;
- quatre tables de chirurgie cardiaque;
- divers équipements de laboratoires (centrifugeuses, microscopes, balances, réfrigérateurs et congélateurs pour la banque de sang, incubateurs et hottes);
- divers équipements de soins infirmiers (civières, lits électriques, lève-patients, pèse-personnes, stérilisateur et laveurs d'endoscopes).

RÉAMÉNAGEMENT ET TRANSFERT DE SERVICES CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

Quelques secteurs d'activités ont fait l'objet de réaménagement ou de transfert au cours de la présente année, au profit des besoins requis à la réalisation d'activités cliniques :

- ▶ réaménagement de la salle G5, de la filmothèque, de deux bureaux de résidents et d'une salle de conférence en imagerie médicale, au 1er pavillon Central;
- ▶ aménagement d'une troisième salle d'électrophysiologie (temporaire), au 1er pavillon Central;
- ▶ aménagement de la dentisterie, au sous-sol du pavillon Central;
- ▶ déménagement de la Direction des ressources financières au 6^e pavillon Marguerite-d'Youville;
- ▶ déménagements de la Direction générale adjointe aux affaires cliniques, de la Direction des services multicientèles et de la Direction de la coordination des programmes, au 7^e pavillon Marguerite-d'Youville;
- ▶ maintien d'actifs et construction d'un escalier d'issue et de salles de mécanique, au pavillon Rousseau.

Tous ces réaménagements totalisent 2 751 mètres carrés.

ENJEU 5 : L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

ORIENTATIONS :

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

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES;

ASSURER UNE PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS.

LA GESTION PAR PROGRAMMES ET LA COGESTION

Au regard de la gestion par programmes et de la cogestion, l'année 2010-2011 fut essentiellement marquée par le déploiement de la structure organisationnelle définie dans le *Plan d'organisation clinique* adopté par le conseil d'administration en juin 2009. Les travaux réalisés sont regroupés sous les quatre rubriques ci-dessous.

L'ACTUALISATION DE LA STRUCTURE CLINIQUE

Toutes les personnes ayant obtenu un poste de cogestionnaire clinico-administratif ou un poste laissé vacant par un cogestionnaire clinico-administratif sont en fonction depuis décembre 2010. À la suite de la dissolution de la Direction des services hospitaliers et ambulatoires le 31 mars 2010, l'ensemble des unités de soins et des services cliniques ont été regroupés sous la Direction de la coordination des programmes et la Direction des services multiclientèles.

LA MISE EN ŒUVRE DE LA COGESTION

Bien que la cogestion soit l'affaire de tous, une priorité a été accordée au cours de l'année aux tandems médecins et gestionnaires des secteurs cliniques ainsi qu'à certains directeurs cliniques tels que DSP, DCP, DSM et DGAAC. Une formation sur la cogestion ainsi que des séances d'assistance professionnelle (*coaching*) ont été offertes afin de les familiariser avec le modèle, d'avoir une compréhension commune de leur rôle et de les outiller pour assumer leurs responsabilités. De plus, les membres de l'équipe de la Direction de soins infirmiers a profité d'une activité de formation pour apprivoiser le rôle de conseiller dans la nouvelle structure de gestion par programmes. En ce qui concerne les mécanismes de coordination et de prise de décision, bien que les travaux soient toujours en cours pour les redéfinir, plusieurs activités ont été réalisées. Certaines concernaient la révision de la

gouvernance globale de l'établissement en regard des liens entre les instances décisionnelles telles que le conseil d'administration, le comité de direction, les conseils professionnels, le comité consultatif à la Direction générale, la nouvelle table des chefs de département clinique et le comité de coordination des activités cliniques. D'autres ont permis de confirmer une composition transitoire des comités cliniques existants en lien avec la nouvelle structure et d'identifier les comités à abolir, à maintenir et à réviser.

L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES

Le développement d'un cadre de référence s'avère incontournable afin d'assurer une cohérence organisationnelle au regard des fonctions de chaque programme. Une version préliminaire de ce cadre de référence a été rédigée et fera l'objet d'une consultation élargie avant qu'il ne soit adopté en 2011-2012. Par ailleurs, des travaux de révision des processus spécifiques à plusieurs trajectoires de clientèles ont été amorcés en cours d'année, entre autres pour les clientèles d'oncologie pulmonaire, de chirurgie cardiaque, d'électrophysiologie, de chirurgie bariatrique, d'endoscopie digestive et pour celle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'ÉVALUATION DU DÉPLOIEMENT DE LA GESTION PAR PROGRAMMES ET DE LA COGESTION

Des modalités d'évaluation du déploiement de la gestion par programmes et de la cogestion ont été élaborées afin de déterminer des pistes d'amélioration, soit pour ajuster le plan d'organisation, soit pour en modifier le fonctionnement. Les activités de mise en œuvre de la gestion par programmes ainsi que le respect des fondements sous-jacents à ce modèle de gestion feront donc l'objet d'une évaluation en 2011-2012.

AGRÉMENT CANADA

À l'issue de la visite d'Agrément Canada, réalisée en novembre 2009, 163 des 1 768 critères évalués avaient été jugés « non conformes ». Depuis, les équipes d'amélioration continue en place ont réalisé d'importants travaux afin de répondre aux exigences associées à chacun des critères et soumettre les « preuves » des mesures prises pour assurer leur conformité.



APERÇU PAR SECTION DE NORMES

SECTION DE NORMES	VISITE 2009		AVRIL 2011		TOTAL
	CONFORMITÉ	NON-CONFORMITÉ	CONFORMITÉ	NON-CONFORMITÉ	
GOUVERNANCE DURABLE	88	3	89	2	91
EFFICACITÉ ORGANISATIONNELLE	87	16	93	10	103
PRÉVENTION DES INFECTIONS	98	0	98	0	98
NORMES DE GESTION DES MÉDICAMENTS	119	15	128	6	134
BANQUES DE SANG ET SERVICES TRANSFUSIONNELS	69	7	74	2	76
EXIGENCES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES LABORATOIRES BIOMÉDICAUX	43	9	47	5	52
LABORATOIRES ET BANQUES DE SANG	112	56	121	47	168
NORMES D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE	81	20	86	15	101
NORMES RELATIVES AUX SALLES D'OPÉRATION	100	2	100	2	102
NORMES SUR LE RETRAITEMENT ET LA STÉRILISATION DES APPAREILS MÉDICAUX RÉUTILISABLES	89	6	90	5	95
SERVICES DE CHIRURGIE (CARDIAQUE/GÉNÉRALE/THORACIQUE)	100	2	102	0	102
SERVICES DE MÉDECINE (CARDIOLOGIE/SPÉCIALISÉE/PULMONAIRE)	98	6	101	3	104
SERVICES DE SOINS INTENSIFS (UC/6E PC/3E SI)	105	2	107	0	107
SERVICES DE TRAITEMENT DU CANCER ET D'ONCOLOGIE	105	4	107	2	109
SERVICES DES URGENCES	95	9	99	5	104
SOINS AMBULATOIRES (CHIRURGIE CARDIAQUE/MÉDECINE SPÉCIALISÉE/OBÉSITÉ/CSP)	117	2	119	0	119
SOINS ET SERVICES À DOMICILE	99	4	101	2	103
TOTAL	1605	163	1662	106	1768
POURCENTAGE	90,8 %	9,2 %	94,0 %	6,0 %	100 %

À ce jour, Agrément Canada a approuvé les plans d'amélioration de la qualité liés aux 57 critères priorisés, condition de maintien de l'agrément de l'établissement. Notre taux de conformité est passé de 90,8 % à 94 %. Au seul chapitre de la sécurité figurent 49 critères témoignant de l'importance accordée à la sécurité de tous, usagers, employés et professionnels, composante primordiale à l'implantation d'une pratique de qualité. De plus, le conseil d'administration a adopté le *Plan de sécurité des usagers 2010-2013*. La liste ci-dessous rend compte des mesures prises afin d'assurer la conformité de neuf pratiques organisationnelles requises (POR) en matière de sécurité s'adressant, pour la plupart, à l'ensemble de l'organisation.

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES (POR)

- élaboration du plan de sécurité des usagers 2010-2013;
- implantation d'un processus relatif à la gestion d'événements sentinelles;
- production de « rapports trimestriels » destinés au conseil d'administration;
- développement de rapports d'entretien préventif à l'intention des services;
- insertion des rôles/responsabilités en matière de sécurité dans les descriptions de fonction;
- mise à jour de la liste d'abréviations dangereuses à bannir lors des ordonnances médicamenteuses;
- formation donnée sur les pompes à perfusion et pousse-seringues;
- rédaction d'une brochure portant sur la collaboration attendue des usagers/proches;
- élaboration/mise en œuvre du plan de déploiement du bilan comparatif des médicaments.

LABORATOIRES ET BANQUE DE SANG

En route vers leur accréditation ISO, les laboratoires et la banque de sang ont accompli un travail considérable et instauré plusieurs mesures correctives afin de respecter les exigences formulées. À titre indicatif, voici les diverses procédures, politiques et processus actualisés :

- déploiement de la politique relative aux critères d'acceptation ou de rejet d'échantillons;
- rédaction d'une procédure d'identification du receveur lors de transfusion d'urgence;



- élaboration d'une procédure à suivre en cas de transfusion massive;
- rédaction d'une procédure relative à l'obtention du consentement libre et éclairé lors d'une transfusion;
- production d'une brochure « Transfusion sanguine : Des réponses à vos questions »;
- élaboration d'une procédure relative au transport des échantillons et spécimens;
- validation du processus de retrait des produits sanguins;
- élaboration d'une formation afin d'aider le personnel à cerner les risques et à y faire face;
- création d'un comité interdisciplinaire pour l'identification des tests/analyses hors laboratoire.

La liste ci-dessous énumère les modifications apportées aux équipements et aux installations.

INFRASTRUCTURE

- installation de dispositifs électroniques pour contrôler l'accès aux laboratoires;
- élaboration d'un plan de réaménagement afin d'assurer la mise aux normes de la salle d'autopsie;
- achèvement de la signalisation des dangers et risques;
- réfection d'une salle de toilette afin de l'adapter pour les personnes handicapées;
- installation d'une enceinte biologique (microbiologie), de godets de sécurité sur la centrifugeuse (cytologie) et d'écrans protecteurs (anatomopathologie);
- acquisition de contenants appropriés pour recueillir et éliminer les liquides biologiques;
- remplacement des portoirs en bois par des portoirs faits de matériaux non poreux.

PHARMACIE ET IMAGERIE MÉDICALE

D'importants travaux ont également été réalisés aux départements de pharmacie et d'imagerie où l'étiquetage des produits dangereux a été revu. L'ensemble du personnel a reçu la formation sur le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT). À la pharmacie, une liste des médicaments de niveau de risque et d'alerte élevés a été dressée. Cette liste inclue des « alertes » permettant de signaler tout écart entre les doses « minimales » et « maximales » autorisées. En imagerie, les processus de nettoyage et de stérilisation ont été clarifiés et certains mécanismes de contrôle revus et mis en place.



AUTRES DOSSIERS D'IMPORTANCE

Un cadre conceptuel en matière d'éthique a été rédigé, à l'intention de l'ensemble des intervenants et une formation sur la prévention des comportements violents est en cours au niveau du personnel du Service de l'urgence. Sans être exhaustive, l'identification des mesures prises reflète l'ampleur des travaux réalisés qui touchent pratiquement tous les secteurs d'activité. Les défis demeurent nombreux, ne serait-ce que d'assurer le maintien des meilleures pratiques, d'intégrer l'ensemble des activités et de concerter les efforts de tous. Le déploiement du bilan comparatif des médicaments (BCM) pour tous les usagers hospitalisés, en ambulatoire et à domicile, demeure la priorité du secteur clinique.

RÉORGANISATION DES FRÉQUENCES DE VISITES AU SRSRSD

Première rangée (de gauche à droite) :
Nancy Lachance, inhalo, Francine Careau,
chef de service, Audrey Alain, inhalo, Lyne
Duval, prép. stérilisation, Sylviane Cayer,
inhalo, Sylvie Sauvageau, agente adm.,
Suzanne Poirier, agente adm.

Deuxième rangée (de gauche à droite) :
Dany Drouin, inhalo, Nathalie Poirier, coord
tech., Styve Dupuis, inf. clin., Maxime Morency,
inf. clin., Céline Sylvain, inhalo, Sébastien David,
inhalo, Nicole Drouin, inf. clin.,

Troisième rangée (de gauche à droite) :
Gilles Clavette, AIC, Josée Lecompte, inhalo,
Annie Dionne, inf. clin., Marthe Mailloux, inf.
clin., Céline Leclerc, inhalo, Colette Leblanc,
inf. clin, Francine Côté, assist-chef inhalo,
Benoît St-Pierre, inf. clin.

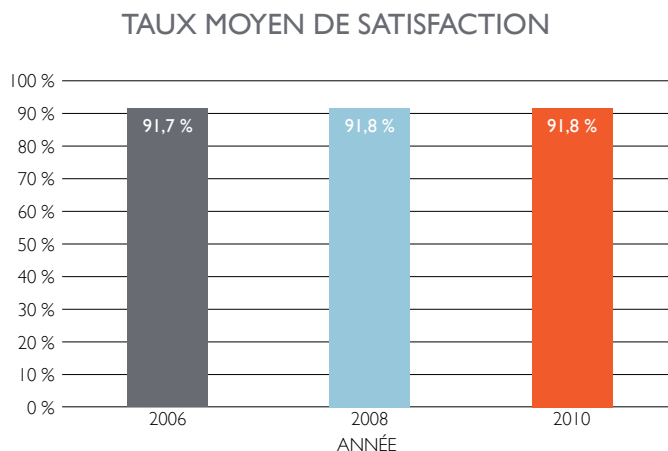
Absents de la photo :
Nathalie Breault, inf. clin, Pascal Briault, inf.
clin, Julienne Gagnon, inhalo, Marie-Josée
Lallemant, inhalo, Marie-Josée Rivard, inhalo



Le projet de réorganisation des fréquences de visites du Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD) s'est inscrit dans une volonté de répondre à certains enjeux auxquels doivent faire face les intervenants. Ces enjeux concernent principalement l'augmentation de la clientèle relativement au vieillissement de la population, la volonté des usagers de demeurer à domicile ainsi que l'augmentation de la lourdeur de cette clientèle en lien avec la réduction des durées de séjour hospitalier. L'élaboration d'indicateurs d'intensité de suivi à domicile a permis d'optimiser le suivi auprès de la clientèle afin que le patient puisse atteindre les objectifs cliniques propres à sa condition de santé, et ce, à l'intérieur d'un échéancier déterminé. La révision de l'offre de service du SRSRSD est basée sur des objectifs tels que l'utilisation optimale des ressources, la collaboration, la continuité de soins, l'accessibilité, le maintien de la qualité des soins et services ainsi que l'interdisciplinarité.

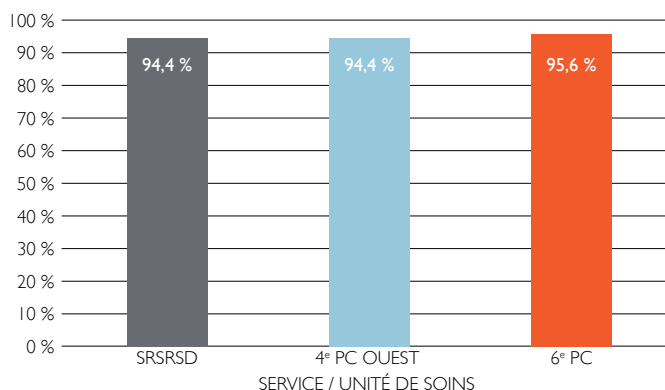
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Composante essentielle d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et services, l'évaluation de la satisfaction de la clientèle permet de recueillir le point de vue des usagers, de mesurer leur taux de satisfaction et de déterminer quelques possibilités d'amélioration. Quatre sondages ont été réalisés en cours d'année. Un premier, s'adressant à tout usager ayant été hospitalisé, toutes clientèles confondues, a permis de recueillir l'opinion de 1 765 usagers.



Le sondage réalisé en 2009-2010, tout comme ceux réalisés en 2007-2008 et 2005-2006, demeure le moyen privilégié d'obtenir une rétroaction sur les soins et services dispensés. Globalement, la clientèle hospitalisée demeure très satisfaite des soins et services reçus, le taux de satisfaction exprimé, 91,8 %, étant identique aux précédents. Les principales possibilités d'amélioration découlant de ces sondages demeurent les mêmes, soit l'assaisonnement des repas et le bruit ambiant.

TAUX MOYEN DE SATISFACTION



Deux autres sondages ont été conduits auprès d'unités spécifiques : au 6^e pavillon Central, accueillant les clientèles de chirurgie thoracique, de chirurgie cardiaque, de pneumologie et de médecine interne, et l'autre, au 4^e pavillon Central Ouest, desserte de l'unité coronarienne, accueillant une clientèle en postinfarctus ou angine instable. Le quatrième sondage s'adressait à la clientèle suivie à domicile par le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD), clientèle aux prises avec des problèmes respiratoires chroniques ou aigus.

Au total, près de 500 usagers ont fait part de leur satisfaction. Les taux moyens de satisfaction enregistrés sont de 94,4 % au 4^e pavillon Central Ouest ainsi qu'au SRSRSD et sont de 95,6 % au 6^e pavillon Central. Ceci témoigne d'un très haut degré de satisfaction. Bien que les résultats soient excellents, quelques pistes d'amélioration ont été identifiées et seront intégrées aux plans d'amélioration continue des équipes : bruit ambiant, planification du congé, fréquence des visites des proches, sont du nombre. Des constantes émergent des nombreux commentaires formulés par les répondants. La qualité des soins et services prodigués est fréquemment qualifiée d'exceptionnelle; de plus, les usagers sont très nombreux à souligner la compétence, le

dévouement et la bonne humeur du personnel, grâce à qui sont facilités l'acceptation de la maladie pour certains et le maintien à domicile pour d'autres.

SÉCURISATION DU BLOC OPÉRATOIRE ET DES LABORATOIRES MÉDICAUX



Des travaux ont été réalisés afin de sécuriser les accès au bloc opératoire et aux laboratoires médicaux, et ce, conformément aux normes émises par Agrément Canada. Un meilleur contrôle de la circulation à l'intérieur de ces aires de travail est ainsi possible, puisque le personnel autorisé doit détenir une carte magnétique pour y accéder.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité demeure une responsabilité partagée et elle s'appuie sur la vigilance de chacun. Globalement, 2 661 déclarations d'incident ou d'accident ont été consignées au registre local en 2010-2011, comparativement à 3 044 l'an dernier, soit une baisse de 12,6 %. La majorité des événements déclarés sont des *incidents* ou des *accidents sans conséquence* pour les usagers, soit 84 % des événements.

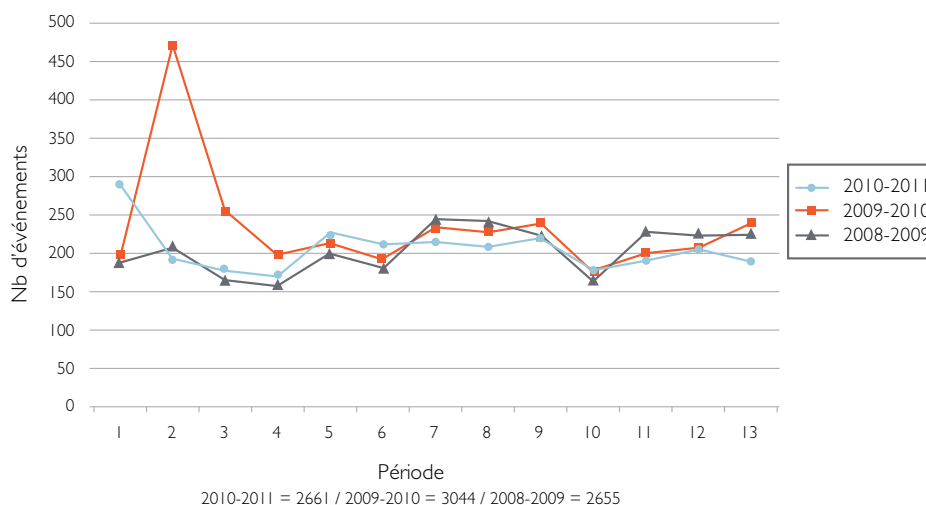
Parmi les mesures prises pour sensibiliser le personnel à l'importance de déclarer les incidents et les accidents, mentionnons la formation offerte lors du processus d'accueil à tout nouvel employé, les kiosques thématiques sur la sécurité, l'installation d'affiches rappelant les consignes à respecter et les présentations lors de réunions d'équipe, de comités de coordination et de rencontres de gestionnaires.

PLAN DE SÉCURITÉ

L'organisation s'est dotée d'un plan de sécurité comptant six grandes orientations qui vise la réduction des risques et l'amélioration de la sécurité des usagers. Ces orientations sont :

- ▶ harmoniser et promouvoir une culture de sécurité;
- ▶ améliorer l'efficacité et la coordination des communications parmi les prestataires de soins et de services, ainsi qu'avec les usagers des unités de soins et des services ambulatoires, et ce, tout au long du continuum;

DISTRIBUTION PÉRIODIQUE DES DÉCLARATIONS PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE



- ▶ assurer l'utilisation sécuritaire des médicaments;
- ▶ créer un milieu de travail et un environnement physique qui appuient la prestation sécuritaire des soins et des services;
- ▶ réduire les risques d'infections nosocomiales ainsi que leurs conséquences;
- ▶ identifier les risques liés à la sécurité propre aux clientèles desservies.

Chacune des orientations comporte différents éléments, 25 au total, auxquels sont associés un objectif, des actions prioritaires, une cible à atteindre, un échéancier de réalisation et identifie la direction responsable de l'élaboration du plan d'action.

Quatre objectifs prioritaires ont été retenus pour l'exercice 2010-2011 soit :

OBJECTIF	INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTAT
Réduire le taux d'incidence des erreurs médicamenteuses	Taux d'incidence 1 000/jrs présence	≤ 11	11,49
Assurer le déploiement du bilan comparatif des médicaments	Taux de réalisation	40%	40 %
Réduire le taux d'incidence des chutes	Taux d'incidence 1 000/jrs présence	≤ 5,9	4,98
Atteindre les cibles quant aux indicateurs de prévention et contrôle des infections	Taux d'incidence 10 000/jrs présence	SARM < 7,0	4,4
		DACD < 9,0	6,2

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Le bilan comparatif des médicaments, une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada, est en cours de déploiement à l'IUCPQ depuis 2008. Le BCM a pour objectif d'améliorer la sécurité relative à l'utilisation des médicaments, en dressant une liste complète des médicaments pris à domicile par l'usager et en corrigeant les divergences non intentionnelles entre cette liste et les ordonnances émises à l'admission, au transfert, au départ et en suivi ambulatoire. Conformément aux exigences formulées par Agrément Canada, l'actualisation du plan de mise en place de cette pratique s'est poursuivie cette année. Notamment, l'Institut s'est doté d'une plateforme informatisée afin d'en faciliter l'utilisation du BCM et de simplifier le processus clinique. Un projet pilote effectué au sein de la trajectoire de chirurgie bariatrique a permis de clarifier les responsabilités des différents professionnels impliqués, de peaufiner la procédure et de poursuivre le déploiement du BCM informatisé comme prévu au plan de déploiement. Enfin, le personnel médical et infirmier des secteurs touchés par les phases de déploiement reçoit une formation complète.

STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Depuis l'implantation de la stratégie de prévention des chutes, plusieurs actions ont été entreprises, sous la responsabilité du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Pour l'année 2010, les travaux ont portés sur la

poursuite de la formation des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, la conception et la mise en place d'un outil d'identification de la mobilité, la création de capsules vidéo, l'ajout des champs « risque de chute » en imagerie médicale ainsi que la participation à une communauté virtuelle d'apprentissage sur la prévention des chutes. Par ailleurs, la tenue d'une journée d'information a favorisé la sensibilisation des employés et des médecins au risque de chute chez les usagers. L'implantation de stratégies de prévention des chutes nécessite un changement de pratique des intervenants. À cet égard, le soutien clinique et administratif devient prioritaire. La mobilisation des différents intervenants a ainsi contribué à diminuer le taux de chutes dans l'établissement.



VISITE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DE L'OIIQ

En mai 2010, l'Institut a fait l'objet d'une visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les modalités de l'inspection visaient une auto-évaluation sur la documentation de six situations cliniques : les mesures de contrôle, les soins de plaies, les chutes, la gestion de la douleur, la gestion des opiacés et l'inscription de constats et de directives au plan thérapeutique infirmier. Cette auto-évaluation a requis l'implication de l'ensemble des unités de soins et des services. Par la suite, les résultats obtenus ont permis de cibler des pistes d'amélioration pour l'ensemble des situations cliniques. Deux priorités ont toutefois été ciblées : la gestion de la douleur et la prévention des chutes. Un plan d'action détaillé a été élaboré pour ces situations.

STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES PLAIES DE PRESSION

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins, la Direction des soins infirmiers a entrepris une révision des pratiques. Une règle de soins infirmiers et une fiche-mémoire traitant de la prévention, l'évaluation et le traitement des plaies de pression ont été élaborées pour encadrer les pratiques en soins infirmiers. Des travaux ont aussi permis d'harmoniser les produits de soins de peau et de traitement des plaies, adaptés à la clientèle, et ce, sur chacune des unités de soins. En octobre, 24 infirmières pivots en soins de plaies ont été formées sur les soins de peau, l'évaluation et le traitement des plaies. En collaboration avec le secteur clinique, celles-ci apportent leur soutien et elles contribuent au développement des compétences des infirmières. Des activités de soutien et de formation se poursuivront au cours de l'année 2011-2012. Mentionnons également le franc succès de la journée thématique des soins de plaies visant à promouvoir la qualité des soins dans la prévention, l'évaluation et le traitement des plaies de pression.



LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS

L'équipe et le comité de prévention des infections (PCI) ont actualisé un grand nombre d'activités prévues au plan d'action du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Les activités entourant la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la vigie des problèmes infectieux émergents ont occupé une grande proportion des ressources en PCI de l'Institut. Voici les faits saillants en termes de résultats pour les surveillances épidémiologiques effectuées :

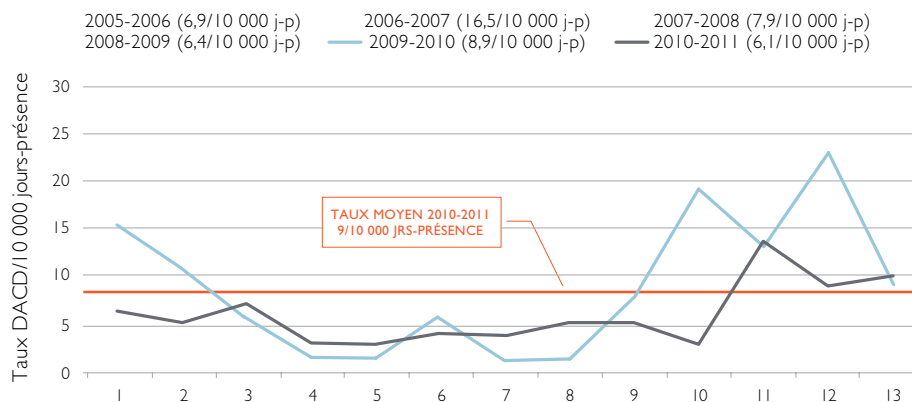
- ▶ le taux moyen de transmission nosocomiale du SARM a diminué de 18,5 % par rapport à l'année dernière, pour atteindre un nouveau record, avec un taux de 4,4/10 000 jours-présence;
- ▶ le taux moyen de diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) d'origine nosocomiale a diminué de 31 % pour atteindre un taux inédit de 6,1 par 10 000 jours-présence, et ce, malgré une éclosion qui a touché une unité de soins à la période II, pour atteindre un taux de 13,6 /10 000 jours-présence, soit un taux supérieur à la cible de neuf fixée pour cette année;



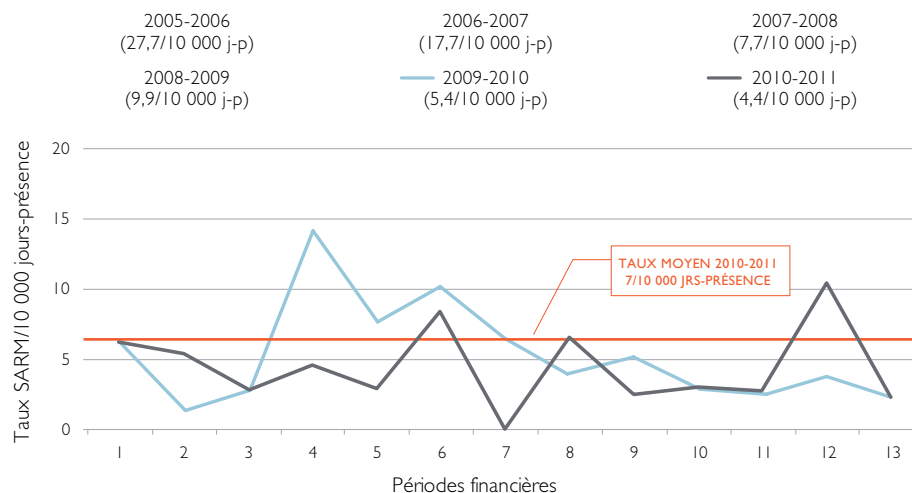
- ▶ la découverte d'un usager porteur d'ERV à l'admission a nécessité une recherche étendue des contacts et a généré à la période 11 une éclosion de sept cas d'acquisition nosocomiale. Nous totalisons ainsi dix cas d'acquisition nosocomiale pour l'année 2010-2011, pour un taux moyen de 1,1 / 10 000 jours-présence, comparativement à 4,4 lors de la dernière éclosion en 2007-2008. Les mécanismes de contrôle et de désinfection mis en place depuis ce temps portent des fruits;
- ▶ à la suite d'une prévalence élevée de gastroentérite dans la communauté, l'Institut a connu une éclosion de sept cas de gastroentérite entre le 19 février et le 21 mars 2011 sur quatre de ses unités de soins régulières. Les mesures appropriées ont été promptement mises en place pour maîtriser la situation;
- ▶ en ce qui a trait au virus d'Influenza, une seule transmission nosocomiale a été observée, et ce, malgré une prévalence élevée dans la région. Les mécanismes mis en place en début de saison grippale comme la détection précoce des cas, la consolidation de l'étiquette respiratoire et la vaccination pour les usagers et le personnel se sont avérés efficaces.

Par ailleurs, pour le volet formation et éducation, des stratégies ont été développées pour augmenter la fidélité à l'hygiène des mains lors de la prestation des soins.

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



TAUX DE SARM NOSOCOMIALE PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE FINANCIÈRE



ENJEU 6 : LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ

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

ORIENTATIONS :

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

DIVERSIFIER ET ACCROÎTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT;

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

ACCENTUER LA PERFORMANCE ET LA NOTORIÉTÉ DU CENTRE DE RECHERCHE.

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



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

NOTRE MISSION

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

NOTRE VISION

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

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

LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION DE CHERCHEURS PRODUCTIFS

Le CRIUCPQ réunit maintenant 122 chercheurs exerçant leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Il compte aussi sur la collaboration de trois chercheurs associés. Le budget annuel d'infrastructure provenant du FRSQ a été de 27 M\$, incluant une nouvelle subvention pour le soutien à la recherche clinique. Conscients de leur rôle de formateur, les chercheurs du centre dirigent chaque année un grand nombre d'étudiants durant

leurs études de deuxième ou troisième cycle ou lors de stages postdoctoraux. Ils ont aussi accueilli 125 stagiaires de 1^{er} cycle ou de Cégep en cours d'année. Les nombreuses publications dans des revues scientifiques, les multiples invitations reçues de différents pays pour agir à titre de conférencier et de présentateur ainsi que la présence des chercheurs à titre de membres de comités d'experts et réviseurs pour des revues scientifiques et évaluateurs pour des organismes subventionnaires témoignent de la participation active des chercheurs à l'avancement des connaissances scientifiques.

Au cours de la dernière année, de nouveaux chercheurs ont rejoint l'équipe : les D^{rs} Philippe De Wals et Vicky Drapeau à l'axe de l'obésité, la D^{re} Maria-Cecilia Gallani à l'axe de cardiologie et la D^{re} Marie-Renée Blanchet a démarré un programme de recherche pour l'axe de pneumologie. Plusieurs nouveaux médecins recrutés démontrent un intérêt certain à contribuer également aux activités de recherche clinique.

Le tableau ci-dessous présente quelques statistiques comparatives en regard de la recherche universitaire :

	2010-2011	2009-2010
Nombre de chercheurs	119	113
Nombre de chercheurs associés	3	3
Nombre d'étudiants et stagiaires postdoctoraux		
Stagiaires postdoctoraux	36	25
Troisième cycle (doctorat)	73	75
Deuxième cycle (maîtrise)	75	68
Stagiaires	125	91
Membres du personnel professionnel et administratif	240	237
Bourses-subsidations-contrats (Note 1)	27 139 754 \$	28 071 237 \$
Nombre de publications	345	339

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

LA BONNE PERFORMANCE DES ÉQUIPES

En 2010, le Centre de recherche obtenait du FRSQ, pour une deuxième fois, la cote exceptionnelle pour sa performance

2006-2010 et son plan de développement 2010-2014. Fiers de cette évaluation, les membres du CRIUCPQ ont poursuivi leur travail au cours de l'année avec l'objectif de demeurer un centre de qualité et hautement compétitif sur la scène internationale. D'ailleurs, pour la première fois cette année, le FRSQ a versé au Centre de recherche une subvention pour le soutien à la recherche clinique, reconnaissant ainsi l'importance de la recherche clinique dans notre milieu, en partenariat avec l'industrie biopharmaceutique.



ANIMATION SCIENTIFIQUE

L'animation scientifique revêt une importance majeure au Centre de recherche.

Plusieurs clubs de lecture, séminaires et conférences ont eu lieu au cours de l'année. De nombreux conférenciers d'envergure internationale ont aussi été invités à venir présenter le fruit de leur recherche. Chaque année, le Centre de recherche tient une *Journée scientifique de la recherche*, permettant aux étudiants et aux professionnels de recherche de faire connaître leurs travaux, sous forme de présentations orales ou par affiches. Cette année, le Centre de recherche a tenu sa 20^e journée scientifique, qui a d'ailleurs connu un succès retentissant. Pour l'occasion, les anciens directeurs du Centre de recherche ont été invités à remettre les prix aux étudiants et le D^r Yves Joannette, président-directeur-général du Fonds de la recherche en santé du Québec, est venu entretenir l'auditoire des défis de la recherche en santé au Québec.

RÉVISION DES MODES OPÉRATOIRES NORMALISÉS (MON) EN RECHERCHE CLINIQUE ET FORMATION SUR LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES

À titre de chef de file en recherche clinique au Québec, le Centre de recherche de l'Institut a été l'un des premiers centres de recherche au Québec à adopter 26 modes opératoires normalisés. Ces documents servent de guide aux équipes et permettent un



meilleur encadrement de la recherche clinique. Au cours de l'année, le comité de révision des MON a débuté les travaux de révision des MON 15 à 26. Ces travaux se poursuivront en 2011-2012.



PROGRAMME DE BOURSES POUR LES ÉTUDIANTS

De gauche à droite :
Dr Benoît Drolet, Valérie Ducharme, Patrick Vigneault, Annette Gallant, Pierre-Olivier Bastien-Dionne, Marie-Ève Thériault, Jean-François Lauzon-Joset, Émilie Pérusse-Lachance et Dr Frédéric Picard.

Absents de la photo :
Dr Nicolas Flamand, Xiang Ping Fang, Marie-Josée Toulouse, Simon Malenfant et Guillaume Salamin.

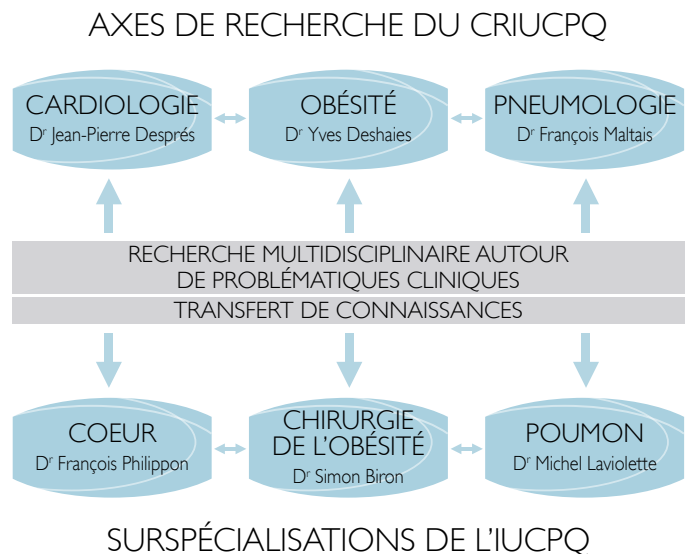
Chaque année, la Direction de la recherche universitaire offre un programme de bourses aux étudiants. Les sommes dédiées ont été augmentées, passant de 120 000 \$ à 140 000 \$. Sous forme de concours, les demandes sont évaluées par un comité de chercheurs des différents axes et les bourses sont offertes aux plus méritants. Cette année, onze étudiants inscrits au postdoctorat, doctorat ou à la maîtrise ont reçu un soutien financier pour la poursuite de leurs cycles supérieurs. Cette contribution permet aux équipes de recherche de recruter des candidats de haut niveau et d'accroître significativement la productivité des équipes. Les étudiants peuvent également bénéficier du concours de la Chaire de recherche internationale sur le risque cardiometabolique et de deux programmes de formation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'un en obésité et l'autre en pneumologie.

PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS ET INFIRMIÈRES DE RECHERCHE À UN RÉGIME DE PENSION AGRÉÉ

Afin d'assurer la compétitivité et de faciliter le recrutement du personnel hautement qualifié dans les centres de recherche des instituts universitaires désignés, le gouvernement du Québec a créé un comité de travail dont les recommandations ont permis en janvier 2011, l'adhésion des infirmières et des professionnels de recherche au régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

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

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



L'arrimage parfait des axes de recherche du CRIUCPQ aux missions cliniques de l'IUCPQ favorise le transfert des connaissances de la recherche vers les soins, en harmonie avec la vision du FRSQ et celle des IRSC. De plus, l'alignement « recherche – soins » favorise grandement l'identification de priorités de recherche axées sur des problématiques cliniques inhérentes à l'IUCPQ.

UNE GRANDE ÉTUDE MULTICENTRIQUE INTERNATIONALE DIRIGÉE ET COORDONNÉE PAR UN PNEUMOLOGUE DE L'IUCPQ



Première rangée (de gauche à droite) :

Marthe Bélanger, coordonnatrice de recherche locale, Denise Légaré, secrétaire, Sarah Bernard, coordonnatrice nationale, Emmanuelle Bernard, assistante de recherche, Marie-Josée Breton, coordonnatrice de recherche locale.

Deuxième rangée (de gauche à droite) :

D^r François Maltais, investigateur IUCPQ, D^r Yves Lacasse, investigateur principal et D^r Frédéric Sériès, co-investigateur.

Le 10 novembre dernier, après un an de travaux préparatifs clinico-administratifs, les premiers patients ont été randomisés dans l'étude CANOX (*Canadian Nocturnal Oxygen trial*), un essai clinique pancanadien dont la coordination est assurée par l'équipe du D^r Yves Lacasse, pneumologue et investigateur principal.

L'étude CANOX vise à déterminer les effets à long terme de l'oxygénothérapie nocturne sur la survie et la progression de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'étude a été subventionnée à la fin de l'année 2009 par les Instituts de recherche en santé du Canada. Avec un budget de 5,5 M\$, CANOX rassemble toute la communauté des pneumologues du Canada. Un total de 20 centres, réparti dans huit provinces, participe à l'étude autour d'une question clinique d'intérêt.

Le D^r Lacasse est appuyé par une équipe de coordination nationale, composée de M^{mes} Sarah Bernard, coordonnatrice, Emmanuelle Bernard, assistante de recherche et Denise Légaré, secrétaire. Le D^r Frédéric Sériès fait partie intégrante de l'équipe de coordination en agissant à titre d'évaluateur principal de tous les examens du sommeil réalisés au cours de l'étude. L'IUCPQ constitue non seulement le centre de coordination de l'étude, mais il est aussi l'un des 20 centres participants. En plus d'avoir activement participé au développement du protocole de recherche et à la soumission du protocole aux IRSC, le D^r François Maltais dirige l'équipe locale de CANOX, composée de M^{mes} Marthe Bélanger et Marie-Josée Breton, infirmières de recherche. Six cent trente patients seront invités à participer à l'étude au cours des deux prochaines années et chacun sera suivi pendant trois ans. Une réponse définitive à la question de recherche est donc attendue en 2015.

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

Les IRSC sont des organismes subventionnaires de première importance pour les chercheurs et plusieurs d'entre eux bénéficient, chaque année, d'importantes subventions ou bourses, permettant ainsi de faire progresser leurs programmes de recherche. Au cours de l'année, les subventions obtenues des IRSC totalisent 6 806 153 \$, soit 61,19 % des sommes provenant d'organismes subventionnaires reconnus par le FRSQ.

CHAIRES DE RECHERCHE

Neuf chercheurs du CRIUCPQ sont titulaires de chaires de recherche. Cela confirme le rôle du centre de recherche en tant

que leader dans son domaine. En 2010-2011, les démarches afin de recruter un chercheur de renom pour diriger la nouvelle chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique ont été finalisées. Cette chaire permettra le développement de nouvelles collaborations entre les chercheurs fondamentaux et cliniciens de l'axe de l'obésité. De plus, plusieurs négociations sont en cours avec de nouveaux partenaires afin de créer de nouvelles chaires.

PARTENARIATS

L'INDUSTRIE ET LES FONDATIONS



De gauche à droite :

D' Denis Richard, directeur du Centre de recherche, D' Carl Taillon, directeur général, M. Christian Lessard, président du conseil d'administration de la Fondation et M. Jean Méthot, directeur général de la Fondation.


La recherche à l'Institut bénéficie chaque année d'un appui important de deux fondations. La Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et la Chaire de pneumologie de la Fondation J.-D.-Bégin. Outre son appui constant aux programmes de bourses et de subventions, la Fondation de l'IUCPQ a remis cette année 2,5 M\$ pour l'achat d'équipements et l'aménagement de nouveaux laboratoires qui favorisent le recrutement et la rétention de chercheurs exceptionnels. La Direction de la recherche universitaire travaille

en partenariat avec l'industrie et les entreprises pharmaceutiques. Ce partenariat favorise la progression des connaissances sur de nouveaux médicaments et produits permettant au CRIUCPQ de se faire connaître pour son avant-gardisme et ses compétences en matière de recherche.

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



Partenaire depuis les débuts du Grand défi Pierre Lavoie (GDPL), le CRIUCPQ, en collaboration avec la Fondation, délègue chaque année une équipe de cinq cyclistes lors de l'événement du grand tour de 1 000 km qui se tient au Québec. Outre cette participation, le CRIUCPQ s'est associé l'an dernier à l'équipe du GDPL afin de développer un nouvel atelier interactif sur la nutrition. Cette année, toujours sous la supervision de la D^{re} Natalie Alméras, une équipe de professionnels du Centre de recherche a été associée à la mise sur pied du volet « recherche » du Grand défi entreprise (GDE). Ce projet pilote a permis à l'équipe de recueillir de nombreuses données qui pourront être utilisées en recherche, tout en sensibilisant la population à l'importance des saines habitudes de vie. Un autocar circule dans les entreprises de la province afin d'évaluer la condition physique des travailleurs et d'établir un programme de dépistage des maladies cardiovasculaires.



LA FONDATION LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON, L'UNIVERSITÉ LAVAL ET L'IUCPQ POUR LA CRÉATION D'UNE PLATEFORME D'ÉVALUATION D'INITIATIVES DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS CHEZ LES JEUNES

Des sommes considérables sont consenties actuellement au Québec dans différentes initiatives pour tenter de contrer et prévenir l'obésité chez les jeunes. La plateforme d'évaluation dirigée par le Dr Philippe de Wails a pour but d'évaluer l'efficacité de ses diverses initiatives. Cette plateforme de recherche a été créée en 2010 et ses activités font partie intégrante des activités du centre.

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

Cette année, les membres de la Direction de la recherche ont consolidé les différents projets d'aménagement et d'agrandissement et travaillé à l'avancement de développements futurs. Une nouvelle animalerie moderne répondant aux normes du Conseil canadien de protection des animaux a ouvert officiellement ses portes en avril. De plus, des travaux sont en cours au pavillon Mallet afin d'aménager les espaces libérés par le transfert de l'animalerie, permettant ainsi l'ouverture de salles de culture supplémentaires, conformes aux nouvelles normes émises par les organismes de réglementation. Enfin, les travaux

pour la finalisation de la phase 3 du projet d'agrandissement, qui consiste à la construction d'un étage supplémentaire au-dessus de la nouvelle animalerie afin d'y aménager une plateforme de recherche clinique, se sont poursuivis. Le plan fonctionnel et technique est terminé, l'évaluation du dossier a été complétée par les différentes instances gouvernementales et le début des travaux de construction est prévu au printemps 2012.

Au cours de l'année, les membres de la Direction de la recherche ont déposé au ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) un dossier d'agrandissement (étape 4) afin de permettre la construction d'un laboratoire central d'imagerie doté d'un équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'une unité de tomographie multidétecteur assistée par ordinateur, ainsi que l'aménagement de nouveaux laboratoires de recherche fondamentale. Les différents partenaires du Centre de recherche, dont la Fondation de l'Institut et l'Université Laval, ont donné un appui important à ce projet. Le dossier est maintenant à l'étude au Conseil du trésor du Québec qui devrait se prononcer sur le financement au printemps 2011.

ENJEU 7 : UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT

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

ORIENTATIONS : AMÉLIORER LES INFRASTRUCTURES DÉDIÉES À L'ENSEIGNEMENT; SOUTENIR LA FORMATION CLINIQUE ET DÉVELOPPER DE NOUVEAUX PROGRAMMES.



Le plan d'effectifs de la Direction de l'enseignement universitaire (DEU) a été modifié cette année. Conformément au mandat confié par la Direction générale et le conseil d'administration, la gestion de l'ensemble des stages dans tous les secteurs du domaine de la santé, tant universitaire, collégial que secondaire, a été regroupée sous la gouverne de la DEU. Cette transformation s'est effectuée de façon harmonieuse, en collaboration avec les autres directions de l'Institut qui avaient auparavant ces responsabilités. Notre milieu d'enseignement demeure un lieu de stage hautement recherché par les étudiants des différents établissements d'enseignement auxquels nous sommes associés. Le nombre d'étudiants étrangers que nous recevons au niveau des études graduées des 2^e et 3^e cycles et le nombre sans cesse croissant de médecins étrangers qui viennent parfaire leur formation comme moniteur clinique sont le reflet de l'excellence de la formation offerte. Le principal défi à relever est de répondre à l'augmentation des cohortes étudiantes, tout en maintenant la qualité de l'enseignement et de la formation.

DISTRIBUTION DES STAGES

Les prochains tableaux donnent une vision des stages effectués à l'IUCPQ. On peut noter la diversité des stages offerts et l'augmentation des cohortes étudiantes dans presque toutes les disciplines. La DEU travaille activement à optimiser la capacité d'accueil des étudiants et des secteurs de stage, en collaboration avec les directions cliniques.

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

L'allocation régionale a permis :

- ▶ d'acheter plusieurs volumes dédiés aux résidents et externes en médecine, ainsi qu'aux stagiaires du Service de réadaptation;
- ▶ de mettre à niveau plusieurs postes informatiques dédiés à l'enseignement;
- ▶ d'acheter un système de numérisation des bronchoscopies et deux moniteurs de signes vitaux pour le Service d'endoscopie respiratoire;
- ▶ d'acheter un microscope, une caméra digitale et un ordinateur pour le Service de microbiologie;
- ▶ d'acquérir un logiciel de cours, en ligne, sur l'obésité pour la chirurgie générale;
- ▶ de remplacer le mobilier des salles d'enseignement du 5^e PC, 7^e PC et 2^e ND;
- ▶ de poursuivre l'élaboration du site Internet en échocardiographie;
- ▶ d'augmenter le nombre de cours disponibles sur le serveur central (le Consultant);
- ▶ de poursuivre la formation continue de plusieurs infirmières.

BILAN DE LA BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque a reconquis une part de sa clientèle, déstabilisée par le déménagement au pavillon Marguerite d'Youville. Ainsi, par rapport à l'année précédente, la fréquentation a augmenté de 25 % et l'utilisation des ordinateurs en libre-service de près de 50 %. Le nombre de prêts de ses documents est en hausse de 10 % alors que le nombre de documents obtenus par prêt entre bibliothèques a crû de 20 %. Encore cette année, la bibliothèque a acquis près d'une centaine de volumes afin de développer et de maintenir à jour une collection adaptée aux besoins professionnels et d'enseignement de ses utilisateurs, complémentaires aux ressources électroniques disponibles sur les ordinateurs du réseau de l'enseignement.

FAITS SAILLANTS

NOMINATIONS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET L'IUCPQ

D^r Réнал Bergeron – Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval;
 D^r Jean-Pierre Déry – Professeur de clinique, Département de médecine;
 D^r Jean Deslauriers – Prix d'excellence en enseignement UL;

D^r Jean-G. Dumesnil – Titre de « Honorary Fellow » - échographie de l'A.S.E.;

D^r Claude Garceau – Prix Reconnaissance « enseignement » à l'IUCPQ;

D^r Guy Béland – Prix Reconnaissance « qualité de l'acte médical, dentaire ou pharmaceutique » IUPCQ;

D^r Yves Longtin – Professeur de clinique, Département de microbiologie;

D^r Patrick Mathieu – Professeur agrégé, Département de chirurgie.

La DEU collabore aux différents dossiers organisationnels, dont l'actualisation de la planification stratégique, la gestion par programmes ainsi que les travaux de construction et de rénovation, afin que les activités d'enseignement soient totalement intégrées au processus. En matière de formation continue, les différents secteurs d'enseignement ont été particulièrement productifs en cardiologie, en pneumologie, en obésité et en médecine interne. On observe une augmentation des visioconférences, soit 42 en émission et 142 en réception, pour un total de 184 comparativement à 173 l'an dernier. Enfin, nous travaillons de plus en plus en interdisciplinarité dans toutes les sphères de nos activités et nous nous impliquons étroitement dans le transfert de connaissances du RUIS-UL.

STAGIAIRES EN MÉDECINE

	RÉSIDENTS		MOIS-STAGES		EXTERNES		MOIS-STAGES	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
ANESTHÉSIOLOGIE	20	16	46	32	--	--	--	--
CARDIOLOGIE	71	77	242	235	18	31	20	33,25
CHIRURGIE CARDIAQUE	3	1	7	1	6	4	6,5	4,5
CHIRURGIE GÉNÉRALE	6	16	7	19	42	40	64,5	61,25
CHIRURGIETHORACIQUE	7	3	13	7	6	13	6,5	12,25
GÉRIATRIE	13	11	14	11	37	39	57	59,75
INFECTIOLOGIE	3	1	3	1	--	--	--	--
MÉDECINE FAMILIALE	27	24	93	89	--	--	--	--
MÉDECINE INTERNE	94	90	143	146	43	49	66	75,25
OPHTALMOLOGIE	1	--	1	--	--	--	--	--
PATHOLOGIE	4	7	8	13	3	1	3	,75
PNEUMOLOGIE	78	87	172	198	22	21	24,5	22
PSYCHIATRIE	1	1	1	1	--	--	--	--
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	28	27	50	51	37	19	25,25	10,5
SOINS PALLIATIFS	2	--	3	--	--	1	--	1
URGENCE	5	6	5	8	3	8	3,5	8
TOTAL	243*	237*	808	812	156*	170*	276,75	288,5

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

STAGIAIRES EN MÉDECINE

INTRODUCTION À L'EXTERNAT 2 ^e - 3 ^e ANNÉE DE MÉDECINE		
	2010-2011	2009-2010
STAGIAIRES	32	32
JOURS PRÉSENCES	288	288

STAGIAIRES UNIVERSITAIRES

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
ERGOTHÉRAPIE	16	10	166	78
KINÉSIOLOGIE	10	11	259	306
NUTRITION	26	24	1 019	925
PHYSIOTHÉRAPIE	20	12	211	116
PHARMACIE	40	37	2 529	1 828
SCIENCES INFIRMIÈRES	117	82	1 716	1 401
SERVICE SOCIAL	2	3	41	198
TOTAL	231	179	5 941	4 852

STAGIAIRES DE NIVEAU COLLÉGIAL

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
ARCHIVES MÉDICALES	1	0	50	0
DIÉTÉTIQUE	3	3	79	95
INHALOTHÉRAPIE	63	63	1 043	1 129
LABORATOIRE MÉDICAL	9	12	1 030	525
MÉDECINE NUCLÉAIRE	5	0	266	0
IMAGERIE MÉDICALE	2	4	27	49
RÉADAPTATION PHYSIQUE	1	2	45	70
SOINS INFIRMIERS	371	277	4 864	4 211
ÉLECTROPHYSIOLOGIE	2	2	60	55
STÉRILISATION	0	4	0	55
TOTAL	457	367	7 464	6 189

STAGIAIRES DE NIVEAU SECONDAIRE ET FORMATION PROFESSIONNELLE

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES	91	104	882,5	1 030
ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE	10	8	150	120
INFIRMIÈRES AUXILIAIRES	21	5	315	85
TOTAL	122	117	1 347,5	1 235

ORDRES PROFESSIONNELS

	STAGIAIRES		JOURS STAGES	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
TECHNOLOGUES EN RADIOLOGIE	1	0	20	0
PHARMACIENS	13	10	221	170
INHALOTHÉRAPEUTES	2	0	60	0
TOTAL	16	10	301	170

ORIENTATION CARRIÈRE

STAGE D'UN JOUR

	2010-2011	2009-2010
STAGIAIRES	28	8
JOURS-PRÉSENCES	27	10

COURS DE PNEUMOLOGIE INTERVENTIONNELLE À QUÉBEC



La pneumologie interventionnelle a connu plusieurs avancées technologiques au cours de la dernière décennie. Les pneumologues ayant complété leur formation il y a quelques années n'ont pas eu, pour la plupart, la possibilité d'être exposés à ces technologies au cours de leur résidence. Une formation médicale continue de deux jours en pneumologie interventionnelle a été organisée à l'IUCPQ en décembre dernier. Des sessions théoriques et pratiques, avec laboratoire sur modèle animal, mannequin et transmission de procédures en direct, ont permis à notre établissement, ainsi qu'à nos équipes de pneumologie et de chirurgie thoracique, d'être identifiés comme chef de file dans le domaine d'expertise de la pneumologie interventionnelle nationale et internationale. Il s'agissait également d'une occasion de démontrer l'éventail technologique le plus complet au Québec dans ce domaine, disponible à l'IUCPQ.

Vingt-quatre pneumologues en provenance du Québec, du Canada et des États-Unis ont assisté à cette formation qui a joui d'une belle couverture médiatique. Nous démontrons ainsi notre implication à titre de centre de formation, tant pour les résidents que pour les médecins déjà en pratique et également, à la promotion de l'utilisation judicieuse des nouvelles technologies.

JOURNÉE SCIENTIFIQUE EN SOINS CARDIORESPIRATOIRES

Le 24 avril avait lieu la troisième édition de la *Journée scientifique en soins cardiorespiratoires*. Cette activité, organisée par une équipe d'inhalothérapeutes enthousiastes, a permis d'accueillir 82 participants de la région de Québec. Différentes présentations portant sur l'assistance circulatoire, l'interprétation des radiographies pulmonaires, l'approche nutritionnelle en pneumologie, l'épreuve d'effort, la transplantation pulmonaire et la ventilation unipulmonaire, ont été généreusement offertes par de précieux collaborateurs de l'IUCPQ. Grâce à la collaboration des organisateurs, des conférenciers et des bénévoles, cette journée fut un franc succès. La pérennité d'un tel événement contribue à la promotion de la profession et de la pratique d'inhalothérapeute, à la mission d'enseignement et au rayonnement de l'établissement.

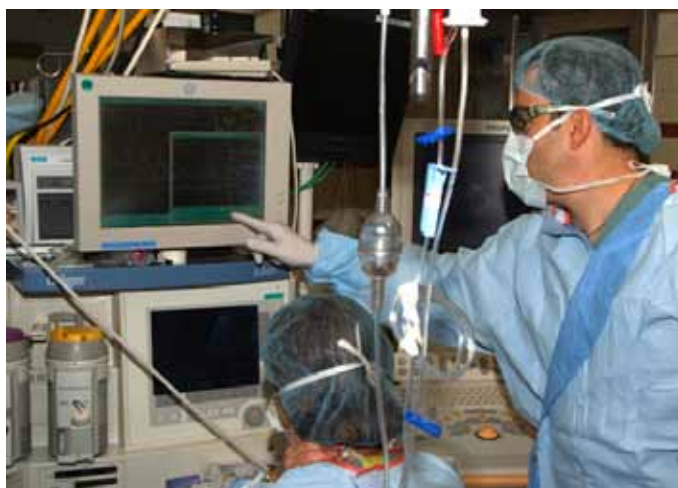
JOURNÉE EN HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE POUR LES CENTRES RÉFÉRENTS

Le 19 novembre avait lieu une journée de formation pour les centres référents. Cette rencontre visait à présenter aux participants la mise à jour des protocoles, des outils et des cahiers d'enseignement pour la préparation de la clientèle transférée pour une procédure en hémodynamie ou en électrophysiologie. Quarante-deux professionnels de la santé du Centre et de l'Est-du-Québec ont assisté à cette journée et ont eu droit à une conférence du D^r Robert De Larochellière, chef du Service de cardiologie et hémodynamicien, et de la D^{re} Isabelle Nault, électrophysiologiste. À la demande de nos centres référents, nous avons donné accès aux participants à des procédures en direct d'une salle d'hémodynamie et d'une salle d'électrophysiologie. Cette activité a été grandement appréciée des participants et ceux-ci ont manifesté une réelle satisfaction au terme de la journée.

ENJEU 8 : L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

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

ORIENTATIONS : POSITIONNER L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ COMME UN PROCESSUS INTÉGRÉ AUX PRISES DE DÉCISION.



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

L'Institut se positionne en regard de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, une démarche pleinement intégrée au processus habituel de gestion et d'organisation des soins et des services. Dans une lettre datée de juillet 2010, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval rappelait « l'importance de l'effet structurant que peut avoir l'ETMISS pour l'organisation et la dispensation des services, pour faire évoluer les pratiques et

pour organiser le transfert des connaissances issues des démarches d'évaluation ». Conformément à cette prise de position, la Direction des services professionnels a mis en place un comité ETMISS-IUCPQ pour atteindre ces objectifs. Ce comité aura pour mandat de mettre en place une structure et un programme d'ÉTMISS afin de soutenir les gestionnaires, les cliniciens et les professionnels dans leur prise de décision, et ce, à partir de données probantes. De par le haut niveau d'expertise clinique, l'Institut constitue un lieu privilégié à l'introduction de nouvelles technologies, dans tous ses champs de compétence, et ce, tant pour la prévention, le traitement des maladies cardiopulmonaires et des maladies liées à l'obésité. De ce fait, les possibilités en ÉTMISS à l'IUCPQ sont immenses.

Une seule évaluation est traitée actuellement. Il s'agit du test de diagnostic moléculaire par PCR de la diarrhée secondaire au *Clostridium difficile* (DACD). Dans les études *in vitro*, ce test diagnostic a été démontré plus sensible et il procure des résultats finaux plus rapidement (moins de 24 heures) que le test traditionnel de neutralisation de la cytotoxine.

Pour l'année à venir, nos démarches se poursuivent pour structurer notre ÉTMISS en collaboration avec les partenaires du RUIS-UL, notamment le CHUQ.



ENJEU 9 : LA GESTION DE LA PERFORMANCE

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

ORIENTATION : ASSURER L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DISPONIBLES.

SUIVI DE L'APPLICATION DE LA LOI 100

S'inscrivant dans le cadre de la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, la *Loi 100* vise, sur trois ans, une réduction de 10 % des dépenses administratives, de 25 % des dépenses en frais de déplacement, de publicité et de formation sur une base annuelle, et une diminution de la taille des effectifs, basée sur les départs à la retraite.

Nous avons mis en place les mesures nécessaires pour atteindre ces objectifs visés de façon à réduire de 10 % les dépenses administratives par rapport au coût réel de 2009-2010, graduellement d'ici 2013-2014. En 2010-2011, nous avons réduit le nombre d'heures de l'ordre de 5 000 heures travaillées dans les secteurs administratifs. La révision de nos processus et l'optimisation de l'utilisation de nos ressources ont permis de diminuer les frais de publicité et de recrutement du personnel de 50 %, les frais de déplacement de l'organisation de 48 % et les dépenses de formation de 16 %, tout en maintenant le respect des obligations conventionnées. De plus, des mesures compensatoires ont permis de réduire les coûts de réaménagement, fournitures de bureau et autres pour un montant de 590 000 \$. Nous poursuivons nos efforts pour maintenir le cap sur les cibles du gouvernement.

MODULE D'AIDE À LA GESTION DE L'INFORMATION CLINIQUE (MAGIC)

Levier clé d'une culture axée sur les résultats, le Module d'aide à la gestion de l'information clinique, en cours d'implantation depuis l'été 2010, permet d'interroger de manière dynamique l'ensemble des données cliniques des systèmes d'information de l'établissement (ex. : Urgence, laboratoires, hospitalisation, etc.). De plus, ce module permet de raffiner les analyses de la qualité et de la performance des services, tout en facilitant le questionnement sur nos façons de faire. Actuellement, la reconstitution de l'épisode de soins de nos patients et l'accès à des indicateurs adaptés à la gestion des activités cliniques sont disponibles. Au cours de la prochaine année, nous exécuterons les travaux permettant la reconstitution du coût par épisode de soins, en fonction de la consommation réelle des soins et des services.

ENTENTE DE GESTION – PERFORMANCE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2010-2011	2009-2010	
MAIN-D'ŒUVRE				
RATIO ENTRE LE NOMBRE D'HEURES EN ASSURANCE SALAIRE ET CELUI DES HEURES TRAVAILLÉES	4,91 %	4,52 %	4,93 %	LA CIBLE EST ATTEINTE
POURCENTAGE D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES TRAVAILLÉES PAR LES INFIRMIÈRES	5,80 %	5,57 %	5,71 %	LA CIBLE EST ATTEINTE
POURCENTAGE D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES TRAVAILLÉES PAR LE PERSONNEL DU RÉSEAU	3,88 %	3,22 %	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
SERVICES D'URGENCE				
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE	11,00 H	14,99 H	14,55 H	<p>LA PRISE DE CONNAISSANCE EN MILIEU D'ANNÉE DE LA NOUVELLE CIBLE QUI EST PASSÉ DE 15 H À 11 H A LAISSÉ PEU DE MANŒUVRE POUR APPORTER DES CHANGEMENTS. DE PLUS, L'OUVERTURE DE PLUSIEURS PLATEAUX TECHNIQUES A EU UN IMPACT SUR LA DISPONIBILITÉ DES LITS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT, CE QUI RÉDUIT LA DISPONIBILITÉ DE LITS POUVANT ÊTRE UTILISÉS POUR L'URGENCE. PLUSIEURS PATIENTS EN FIN DE SOINS ACTIFS DANS NOS LITS DE COURTE DURÉE ONT UNE DURÉE MOYENNE DE SOINS EN ACCROISSEMENT CONSTANT.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ COLLABORATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX POUR ACTUALISER LES MESURES DE BLITZ DE DÉSENGORGEMENT DE L'URGENCE, LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME ALLIANCE ▶ RÉVISION DE PLUSIEURS TRAJECTOIRES DE PATIENTS (EX. : CHIRURGIE CARDIAQUE, CHIRURGIE BARIATRIQUE) POUR DIMINUER LES SÉJOURS PRÉOPÉRATOIRES ET AMÉLIORER LA PLANIFICATION DE DÉPARTS ▶ RÉORGANISATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE (EX. : APPLICATION PLUS SYSTÉMATIQUE DES ORDONNANCES COLLECTIVES)
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE - USAGERS 75 ANS ET PLUS	11,00 H	16,41 H	16,05 H	<p>LA PRISE DE CONNAISSANCE EN MILIEU D'ANNÉE DE LA NOUVELLE CIBLE QUI EST PASSÉ DE 15,05 H À 11 H A LAISSÉ PEU DE MANŒUVRE POUR APPORTER DES CHANGEMENTS. DE PLUS, L'OUVERTURE DE PLUSIEURS PLATEAUX TECHNIQUES A EU UN IMPACT SUR LA DISPONIBILITÉ DES LITS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT, CE QUI RÉDUIT LA DISPONIBILITÉ DE LITS POUVANT ÊTRE UTILISÉS POUR L'URGENCE. PLUSIEURS PATIENTS EN FIN DE SOINS ACTIFS DANS NOS LITS DE COURTE DURÉE ONT UNE DURÉE MOYENNE DE SOINS EN ACCROISSEMENT CONSTANT.</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ COLLABORATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX POUR ACTUALISER LES MESURES DE BLITZ DE DÉSENGORGEMENT DE L'URGENCE ET LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME ALLIANCE ▶ RÉORGANISATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE (EX. : APPLICATION PLUS SYSTÉMATIQUE DES ORDONNANCES COLLECTIVES) ▶ MISE EN PLACE ET DÉPLOIEMENT D'UN PLAN D'ACTION FAVORISANT UNE APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE
POURCENTAGE DE SÉJOUR - 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE	3,64 %	0,11 %	0,01 %	LA CIBLE EST ATTEINTE
POURCENTAGE DE SÉJOUR - 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE USAGERS DE 75 ANS ET +	3,95 %	0,08 %	0,02 %	LA CIBLE EST ATTEINTE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

ENTENTE DE GESTION

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2010-2011	2009-2010	
ACTIVITÉS CHIRURGICALES				
NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR RÉALISÉES (CAS ÉQUIVALENT MED-ÉCHO)	144	156	144	LA CIBLE EST ATTEINTE
NOMBRE DE CHIRURGIES RÉALISÉES AVEC HOSPITALISATION (CAS ÉQUIVALENT MED-ÉCHO / EXCLUANT CHIRURGIES CARDIAQUES- PONTAGES ET VALVES)				
CHIRURGIES BARIATRIQUES	554	566	539	LA CIBLE EST ATTEINTE
AUTRES CHIRURGIES	991	976	977	LES VOLUMES DE CHIRURGIES NE SONT PAS ATTEINTS ÉTANT DONNÉ L'ABSENCE DE LISTES D'ATTENTE EN CHIRURGIE CARDIAQUE ET EN ORL. DE PLUS, LE NOMBRE DE CHIRURGIES GÉNÉRALES A DIMINUÉ ÉTANT DONNÉ LE NOMBRE MOINDRE DE COMPLICATIONS ET LES TRANSFERTS PLUS SYSTÉMATIQUES DES PATIENTS AU CHUQ (HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE) DANS LE CADRE DE L'ENTENTE.
POURCENTAGE DES PATIENTS INSCRITS AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉS DANS LES DÉLAIS POUR UNE AUTRE CHIRURGIE D'UN JOUR	90 %	100 %	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
POURCENTAGE DES PATIENTS INSCRITS AU MÉCANISME CENTRAL TRAITÉS DANS LES DÉLAIS POUR UNE AUTRE CHIRURGIE HOSPITALISÉE	90 %	93 %	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
CARDIOLOGIE TERTIAIRE				
POURCENTAGE DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES SELON LES DÉLAIS PRESCRITS				
ÉLECTROPHYSIOLOGIE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 ET 48 HEURES)	65 %	57 %	55 %	SUITE À L'OUVERTURE DU PATEAU TEMPORAIRE LE 18 OCTOBRE 2010, NOUS AVONS RÉUSSI À RAMENER À 0 LE NOMBRE DE PATIENTS HORS DÉLAIS POUR LES CARDIOSTIMULATEURS ET LES DÉFIBRILLATEURS. CEPENDANT, DES PATIENTS HORS DÉLAIS EN ATTENTE D'ABLATION SONT TOUJOURS PRÉSENTS SUR NOS LISTES D'ATTENTE. DES EFFORTS SERONT DÉPLOYÉS POUR DIMINUER CONSIDÉRABLEMENT LES HORS DÉLAIS EN ATTENTE D'ABLATION AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE. PLAN D'ACTION : <ul style="list-style-type: none"> ▶ UTILISATION DU PATEAU TEMPORAIRE ▶ DÉMARCHE POUR OBTENIR DU FINANCEMENT, ENTRE AUTRES POUR UN FONCTIONNEMENT À 5 JOURS PAR SEMAINE (VS 3 JOURS PAR SEMAINE ACTUELLEMENT NON FINANÇÉ)
CATÉGORIE B (ENTRE 48 H ET 3 MOIS)	50 %	22 %	25 %	L'AUGMENTATION DES REPRISES DES ABLATIONS COMPLEXES ET DU NOMBRE DE CHANGEMENTS DES BOÎTIERS ET DES PILES EXPLIQUE EN PARTIE LE NON RESPECT DES DÉLAIS. LA CLASSIFICATION PAR PRIORITÉ DU CMQ-RQCT A ÉTÉ MODIFIÉE EN COURS D'ANNÉE PAR LE MSSS MAIS LE REHAUSSEMENT SUR SGAS N'A PAS ÉTÉ COMPLÉTÉ. PAR CONSÉQUENT, UNE PORTION DES DÉLAIS EST ATTRIBUABLE À CET ÉCART PLAN D'ACTION : <ul style="list-style-type: none"> ▶ UTILISATION DU PATEAU TEMPORAIRE ▶ DÉMARCHE POUR OBTENIR DU FINANCEMENT, ENTRE AUTRES POUR UN FONCTIONNEMENT À 5 JOURS PAR SEMAINE (VS 3 JOURS PAR SEMAINE ACTUELLEMENT NON FINANÇÉS)

ENTENTE DE GESTION

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2010-2011	2009-2010	
HÉMODYNAMIE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 H ET 2 SEMAINES)	85 %	75 %	76 %	<p>LES CIVIÈRES DÉDIÉES EN HÉMODYNAMIE SONT OCCUPÉES PAR DES PATIENTS DE "LONG SÉJOUR" ET DE L'URGENCE NE POUVANT ÊTRE TRANSFÉRÉS DANS DES LITS DE CARDIOLOGIE FAUTE DE DISPONIBILITÉ. DE PLUS, LES PROCÉDURES PLUS COMPLEXES ET PLUS LONGUES ONT UN IMPACT SUR LES HORS DÉLAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ VALVULOPLASTIE PERCUTANÉE ▶ OCCLUSION CHRONIQUE ▶ FERMETURE AURICULE GAUCHE ▶ ANGIOPLASTIE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE <p>MALGRÉ CET ÉCART, LE NOMBRE DE PROCÉDURES MENÉES EN 2010-2011 A AUGMENTÉ DE 524 PAR RAPPORT À 2009-2010, SOIT UNE AUGMENTATION DE PLUS DE 5 % (10 041 PROCÉDURES)</p> <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ DÉVELOPPEMENT D'UN SCÉNARIO POUR AJOUTER DES LITS EN LIEN AVEC NOTRE MISSION TERTIAIRE. CEPENDANT, IL N'Y A PAS DE FINANCEMENT ACTUELLEMENT DISPONIBLE POUR ACTUALISER CETTE PISTE D'AMÉLIORATION ▶ COLLABORATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX POUR ACTUALISER LES MESURES DE BLITZ DE DÉSENGORGEMENT DE L'URGENCE POUR DIMINUER L'OCCUPATION DES LITS EN CARDIOLOGIE PAR DES PATIENTS HORS SECTEUR PROVENANT DE L'URGENCE ▶ MISE EN PLACE DE MESURES ADMINISTRATIVES
CATÉGORIE B (ENTRE 1 ET 3 MOIS)	90 %	46 %	68 %	<p>LES CIVIÈRES DÉDIÉES EN HÉMODYNAMIE SONT OCCUPÉES PAR DES PATIENTS DE "LONG SÉJOUR" ET DE L'URGENCE NE POUVANT ÊTRE TRANSFÉRÉS DANS DES LITS DE CARDIOLOGIE FAUTE DE DISPONIBILITÉ. LES PATIENTS SE RETROUVENT HORS DÉLAI PUISQUE NOUS DONNONS L'ACCÈS AUX PRIORITÉS 2 À 4 EN PREMIER, DONC NOTRE CATÉGORIE B EST PÉNALISÉE DE PLUS, LES PROCÉDURES PLUS COMPLEXES ET PLUS LONGUES ONT UN IMPACT SUR LES HORS DÉLAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ VALVULOPLASTIE PERCUTANÉE ▶ OCCLUSION CHRONIQUE ▶ FERMETURE AURICULE GAUCHE ▶ ANGIOPLASTIE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE <p>PLAN D'ACTION :</p> <p>COLLABORATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX POUR ACTUALISER LES MESURES DE BLITZ DE DÉSENGORGEMENT DE L'URGENCE POUR DIMINUER L'OCCUPATION DES LITS EN CARDIOLOGIE PAR DES PATIENTS HORS SECTEUR PROVENANT DE L'URGENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ DÉVELOPPEMENT D'UN SCÉNARIO POUR AJOUTER DES LITS EN LIEN AVEC NOTRE MISSION TERTIAIRE. CEPENDANT, IL N'Y A PAS DE FINANCEMENT ACTUELLEMENT DISPONIBLE POUR ACTUALISER CETTE PISTE D'AMÉLIORATION ▶ DES RÉFLEXIONS SONT EN COURS AUTOUR DE LA QUESTION SUIVANTE : « QUE DEVONS-NOUS PRIORISER : UNE PRIORITÉ 4 EN ATTENTE DE TRANSFERT OU UNE PRIORITÉ 3.2 EN ATTENTE À DOMICILE? »
CHIRURGIE CARDIAQUE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 H ET 2 SEMAINES)	85 %	91,4 %	91 %	
CATÉGORIE B (ENTRE 1 ET 3 MOIS)	85 %	92,2 %	86 %	

ENTENTE DE GESTION

INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2010-2011	2009-2010	
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT				
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN PROCESSUS OU EN ATTENTE D'ÉVALUATION / ORIENTATION VERS LA LONGUE DURÉE	3	6,30	NOUVEL INDICATEUR	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'AUGMENTATION, LA MOYENNE D'ÂGE ÉLEVÉE ET LE PROFIL DE CLIENTÈLE AVEC LES MALADIES CHRONIQUES A UN IMPACT. ▶ MANQUE DE RESSOURCES EN AVAL POUR FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE. ▶ INCAPACITÉ D'ENVISAGER UN RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE, CONSIDÉRANT LES BESOINS DE L'USAGER, L'ÉPUISEMENT DU RÉSEAU ET L'OFFRE DE SERVICES DISPONIBLE AU CSSS <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PARTICIPATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX (TRAVAIL CONJOINT AVEC LA PREMIÈRE LIGNE)
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENT DE SERVICES DE SOINS PALLIATIFS OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE	3	1,65	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENTE DE CONVEESCENCE OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE	3	0,04	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENTE DE RÉADAPTATION OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE	3	4,09	NOUVEL INDICATEUR	<ul style="list-style-type: none"> ▶ MANQUE DE LITS DISPONIBLES EN RÉADAPTATION OCCASIONNE DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE. ▶ CRAINTE DES MILIEUX DE RÉADAPTATION DE RECEVOIR NOTRE CLIENTÈLE PRÉSENTANT DES MALADIES CHRONIQUES (CARDIOLOGIE, PNEUMOLOGIE) ET LE POTENTIEL RÉEL DE RÉADAPTATION. <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PARTICIPATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX (TRAVAIL CONJOINT AVEC LA PREMIÈRE LIGNE)
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENTE DE CHSLD OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE, EXCLUANT LA SANTÉ MENTALE	3	7,14	NOUVEL INDICATEUR	<p>NOUS OBSERVONS UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE PATIENTS EN ATTENTE MAIS LEUR DURÉE DE SÉJOUR EST AUGMENTÉE. LES FACTEURS SUIVANTS EXPLIQUENT L'ACCROISSEMENT DES DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ INSUFFISANCE DE RESSOURCES PUBLIQUES DISPONIBLES À COURT TERME. ▶ LES RESSOURCES PRIVÉES SONT DE PLUS EN PLUS SATURÉES. ELLES NE PEUVENT PAS RÉPONDRE À TOUS LES BESOINS DES USAGERS. ▶ EN RAISON DES COÛTS ÉLEVÉS DANS LES RÉSIDENCES PRIVÉES, LES CLSC DISPOSENT D'UNE LIMITE D'ALLOCATION FINANCIÈRE POUR AIDER À COMBLER LA DIFFÉRENCE ENTRE CE QUE L'USAGER PEUT PAYER ET LE COÛT DE LA RÉSIDENCE. ▶ INSUFFISANCE DE RESSOURCES PUBLIQUES POUR DES PATIENTS DÉMONTRANT DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS. ▶ INCAPACITÉ D'ENVISAGER UN RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE CONSIDÉRANT LES BESOINS DE L'USAGER, L'ÉPUISEMENT DU RÉSEAU ET L'OFFRE DE SERVICES DISPONIBLE AU CSSS. <p>PLAN D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PARTICIPATION AUX TRAVAUX RÉGIONAUX (TRAVAIL CONJOINT AVEC LA PREMIÈRE LIGNE)
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENTE DE RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES (RNJ) OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE, EXCLUANT LA SANTÉ MENTALE	3	0,20	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
NOMBRE MOYEN DE PATIENTS EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE EN SANTÉ MENTALE OCCUPANT DES LITS DE COURTE DURÉE	3	0,01	NOUVEL INDICATEUR	LA CIBLE EST ATTEINTE
TAUX DE DÉCLARATION EN HÉBERGEMENT À PARTIR DES CHSGS DES 75 ANS ET PLUS	5,0 %	3,0 %	4,2 %	LA CIBLE EST ATTEINTE

TABLEAUX DE BORD ORGANISATIONNELS

Les membres du conseil d'administration ont exprimé le besoin d'avoir accès à un tableau de bord organisationnel permettant d'obtenir une vue intégrée des indicateurs stratégiques de l'établissement. Dans la même foulée, le développement d'un tableau de bord organisationnel pour le comité de direction a été développé afin de favoriser les échanges et la prise de décision entourant les enjeux organisationnels. Afin de doter l'Institut d'un tel levier de gestion, des travaux ont débutés dès le printemps 2010, afin de définir une liste d'indicateurs pouvant être intégrés au tableau de bord. Pour faire suite à la consultation des directions concernées, plus de quarante indicateurs stratégiques ont été retenus, tenant compte de leur pertinence et de la disponibilité de l'information s'y rattachant. Ils ont été regroupés selon deux dimensions :

1. QUALITÉ DES SERVICES RENDUS

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

2. GESTION DES RESSOURCES DISPONIBLES

- Ressources humaines
- Ressources financières

Les tableaux de bord de plusieurs directions, secteurs et unités seront développés dans un esprit de cohérence avec ceux du conseil d'administration et du comité de direction de l'établissement.

OPTIMISATION DES PROCESSUS

L'organisation a développé puis déployé à l'automne une formation en révision et en optimisation des processus auprès de l'ensemble de ses cadres. Les objectifs de cette formation étaient notamment de faire évoluer les pratiques de gestion afin d'habiliter les gestionnaires à piloter des initiatives de révision et d'optimisation de leurs processus basés sur une approche LEAN. Cette approche consiste à concentrer nos efforts sur les activités permettant d'accroître la qualité et la performance des soins et services et à éliminer celles à faible valeur ajoutée. Cet exercice a permis le développement d'un langage et d'une méthodologie partagés, l'accroissement de la confiance

et de l'autonomie des gestionnaires dans la révision de leurs processus, de même que la mise en chantier de plus de quinze projets amorcés en quelques mois.

SERVICE DE L'URGENCE



Dans le cadre de l'entente de gestion 2010-2011, l'accroissement des exigences ministérielles concernant le séjour moyen sur civière, passant de 15 heures à 11 heures, s'est avéré un défi d'envergure pour l'organisation. À cet égard, le Service de l'urgence a obtenu un séjour moyen sur civière de 14,99 heures et un séjour moyen sur civière de 16,41 heures pour les patients de 75 ans et plus. D'autre part, le service a atteint la cible pour le pourcentage d'usagers avec séjour de 48 heures ou plus sur civière et celle pour le pourcentage des usagers de 75 ans et plus avec séjour de 48 heures et plus. Voici les faits saillants des activités opérationnelles :

- augmentation de 18,4 % du nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures ou plus sur civière;
- augmentation de 2,8 % du séjour moyen sur civière des usagers hospitalisés;
- diminution de 0,2 % du nombre d'usagers sur civière;
- diminution de 10,8 % du nombre d'usagers en mode ambulatoire;
- augmentation de 1 % des arrivées en ambulance;
- taux d'occupation moyen de 148 %.

Pour une quatrième année consécutive, le Service de l'urgence s'est classé premier au Québec selon le « Palmarès des Urgences du Québec » *La Presse*.

ENJEU 10 : LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE

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

ORIENTATION : S'ASSURER D'UN ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE STABLE ET SÉCURITAIRE; AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À DE L'INFORMATION PERTINENTE ET DE QUALITÉ EN TEMPS OPPORTUN.

La mise en place d'outils de surveillance et de gestion centralisés a été complétée en cours d'année. La stabilité et la sécurité de l'environnement technologique des systèmes d'information ont été démontrées sans équivoque au cours de cette période. Le seul élément du plan triennal de consolidation des infrastructures n'ayant pu être réalisé comme souhaité, est l'aménagement d'une nouvelle salle informatique moderne répondant aux normes en vigueur. En effet, depuis près de deux ans, tout nouveau projet de salle de serveurs est sous le joug d'un moratoire, en raison d'un éventuel regroupement régional et national de telles infrastructures.

Plusieurs systèmes d'information clinico-administratifs et administratifs ont fait l'objet de mises à jour visant à rendre l'utilisation de l'information plus simple et efficace. C'est le cas notamment de MAGISTRA, pour la gestion des ressources humaines, de VIRTUO, pour la gestion des ressources financières et des approvisionnements, de MAINT, pour la gestion des équipements et de leur maintenance, et de MAGIC pour la gestion de la performance et des coûts par épisode de soins.

Quelques systèmes cliniques ont également été rehaussés, notamment ceux de gestion de la pharmacie (GESPHARX) et du bloc opératoire (OPÉRA), pour y ajouter des fonctionnalités comme le bilan comparatif des médicaments (BCM) et la traçabilité des instruments et fournitures chirurgicales. Le système de gestion des électrocardiogrammes (MUSE) a aussi été rajeuni, ce qui devrait permettre de rendre l'information accessible aux cliniciens partout dans l'organisation. Des pourparlers sont en cours avec le CHUQ en vue d'implanter à l'IUCPQ leur plateforme de dossier clinique informatisé (DCI) CRISTALNET, qui a d'ailleurs été

retenue comme solution régionale. Enfin, un nouvel engin d'interface (GICOM), acquis du CHA, constituera la plateforme de choix pour répondre dans l'avenir aux besoins d'intégration entre les différents systèmes d'information de l'Institut.

De nombreux efforts ont été déployés par l'équipe du Service des systèmes d'information pour améliorer son offre de service et mettre en place des outils de gestion et de suivi des demandes de dépannage et de développement informatique conformes

aux bonnes pratiques. Un important exercice de transfert des connaissances et des responsabilités a été réalisé. Cet exercice, nécessaire afin de permettre aux techniciens de jouer un rôle optimal de soutien auprès de la clientèle, a permis de libérer partiellement les analystes pour leur permettre de concentrer davantage leurs énergies à la réalisation de divers projets. Combinés à un projet pilote de centre d'appel, ces changements ont jusqu'à maintenant permis de constater une amélioration significative du temps de réponse et de résolution des problèmes de la clientèle.



ENJEU II : LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

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



ORIENTATION : SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE.

DÉPLOIEMENT D'EFFORTS CONCERTÉS POUR SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE

En considérant sa notoriété acquise au cours des 93 dernières années, ses services ultraspecialisés et son caractère suprarégional, l'Institut est un centre hospitalier d'envergure reconnu non seulement au Québec, mais aussi sur la scène nationale et internationale. L'Institut est un établissement de santé bien implanté dans la communauté sociale et économique de sa région. Bien que la réputation de l'établissement ne soit plus à faire, il est primordial de maintenir cette image de marque, d'abord par souci de transparence, et afin d'élargir nos horizons et de faire connaître à la population l'expertise et le savoir de haut niveau qui s'y trouvent. L'organisation doit davantage confirmer sa réputation innovatrice, créative et de leader en accentuant le nombre de sorties publiques afin de gagner en popularité. Ce souci de parfaire l'image est primordial, car il permet d'accroître sa visibilité et sa crédibilité auprès de ses clientèles, ses partenaires et ses subventionnaires. L'effet multiplicateur a des bénéfices à moyen et long terme, notamment sur la rétention et le recrutement du personnel, des médecins et des chercheurs.



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

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

- ▶ le Grand défi Pierre Lavoie fait équipe avec le Centre de recherche et présente le nouvel atelier interactif « Mangez mieux » de la caravane II;



D^{re} Natalie Alméras et son équipe de chercheurs du CRIUCPQ ont conçu le contenu de l'atelier interactif Mangez mieux présenté par le Grand défi Pierre Lavoie.

- ▶ recherche sur l'obésité : trois professeurs de l'Université, dont deux sont chercheurs au Centre de recherche de l'Institut, parmi les plus prolifiques au monde;
- ▶ semaine nationale du don d'organes et de tissus : l'Institut sensibilise la population à l'importance du don d'organes;



- ▶ première mondiale : nouveau système de respiration artificielle automatisée aux soins intensifs;
- ▶ premier symposium canadien sur l'ablation complexe de la tachycardie ventriculaire (patients ayant des troubles du rythme cardiaque);
- ▶ inauguration d'un nouveau tomographe par émission de positrons (TEP);



D^r Carl Taillon, directeur général de l'Institut, D^r Michel Tessier, chef du Service de médecine nucléaire, le ministre Sam Hamad, M^{me} Madeleine Nadeau, présidente du CA de l'IUCPQ, D^r Jean Guimond, nucléiste ainsi que M. Jean Méthot, directeur général de la Fondation.

- ▶ première médicale canadienne : nouveau système de réparation de fracture de côtes;



D^r Rosaire Vaillancourt offrant une présentation aux médias

- ▶ le Service de l'urgence se classe premier au Québec;
- ▶ l'Institut forme des médecins spécialistes américains en cardiologie;



- prix d'excellence en recherche cardiovasculaire : le Dr Philippe Pibarot reçoit ce prestigieux prix de la Société canadienne de cardiologie, une première pour un chercheur de la Ville de Québec;
- nouvelles procédures pour mieux orienter les traitements en oncologie pulmonaire;



Dr Antoine Delage, pneumologue



Dr Noël Lampron, pneumologue

- première en Amérique du Nord : un cœur mécanique de nouvelle génération, le CardioHelp i, remis à Noël pour l'IUCPQ;

- grand Lauréat de l'année 2010 Le Soleil – Radio-Canada : « Hommage à des gens d'exception de la région » : le Dr Jean-Pierre Després, cardiologue et chercheur révolutionnaire, reçoit ce titre tant convoité;
- première médicale en Amérique du Nord : nouveau stimulateur cardiaque compatible à l'IRM implanté à l'Institut.



Dr François Philippon et Dr Gilles O'Hara, cardiologues électrophysiologistes



ACTIONS PUBLIQUES MENÉES POUR INFORMER LA POPULATION	2010-2011	2009-2010
CONFÉRENCES DE PRESSE TENUES	10	8
COMMUNIQUÉS DE PRESSE DIFFUSÉS	35	20
INFORMATION DIFFUSÉE SUR LES MÉDIAS SOCIAUX	170	---
DEMANDES D'ENTREVUES DES MÉDIAS ET TOURNAGES RÉALISÉS	258	250
ARTICLES RECENSÉS DANS LA PRESSE ÉCRITE ET NUMÉRIQUE	151	155
REPORTAGES DIFFUSÉS AUX BULLETINS DE NOUVELLES À LA RADIO ET À LA TÉLÉVISION, À DIFFUSION UNIQUE (EXCLUANT LES REPRISÉS)	156	130
VISITEURS AYANT PARCOURU LE SITE INTERNET IUCPQ.qc.ca	177 000	168 000

PRIX ET DISTINCTIONS

Les Bourses GlaxoSmithKline sont remises annuellement à un pharmacien ou à une pharmacienne qui désire se perfectionner en gestion. Cette année, une bourse a été remise à M^{me} Johanne Morin, chef du Département de pharmacie de l'Institut. La bourse permettra à M^{me} Morin de profiter d'un système favorisant la valorisation des potentiels, le développement des capacités à atteindre les résultats que les cadres recherchent ou de nouveaux modes de pensée. La remise des prix et des bourses 2011 a eu lieu le jeudi 27 janvier 2011 au Musée de la civilisation de Québec. La soirée *Tapis rouge, hommage aux pharmaciens hospitaliers* a réuni 200 personnes.



Photo : Pierre Lantin

M^{mes} Johanne Morin, chef du Département de pharmacie de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Geneviève Larouche, adjointe au chef du Département de pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Québec et Martine Carbonneau, chef, Accès au marché de Québec chez GlaxoSmithKline.

PRIX D'EXCELLENCE EN ENSEIGNEMENT

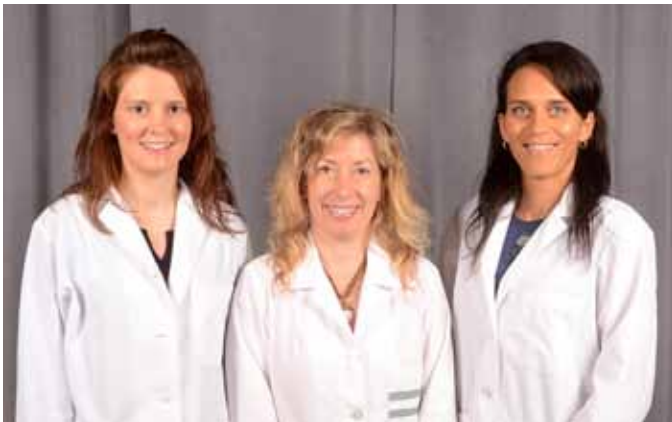
M^{me} Mireille Pellerin, infirmière au 2^e pavillon Notre-Dame, a obtenu le Prix d'excellence en enseignement à titre de superviseure clinique/enseignement, décerné par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Lors de cette cérémonie, M^{me} Julie Martin, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, a obtenu une bourse de 2^e cycle, décernée dans le cadre de sa formation d'infirmière de pratique avancée.





BOURSE DENISE LÉVESQUE-BOUDREAU

M^{me} Julie Martin, infirmière praticienne spécialisée en cardiologie et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, a obtenu la Bourse Denise Lévesque-Boudreau, offerte par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ). Cette bourse souligne le travail d'une étudiante inscrite à temps complet au 2^e ou 3^e cycle.



CONCOURS INNOVATION CLINIQUE 3M

M^{mes} Marie-Claude Belley, Magali Duval et Annie Lehoullier, infirmières cliniciennes de la clinique des cardiostimulateurs et des défibrillateurs. Le prix de la deuxième meilleure cote du jury au concours Innovation Clinique 3M a été remis à M^{me} Marie-Claude Belley, infirmière clinicienne à la clinique EEP, et son équipe, pour le projet « Suivi à distance des défibrillateurs cardiaques par les infirmières cliniciennes ».



BOURSE D'ÉTUDES

M^{me} Claudine Turcotte, infirmière-chef au 4^e Central Est et à la clinique d'insuffisance cardiaque, étudiante au baccalauréat en sciences infirmières à l'Université du Québec, a remporté une bourse d'étude de 1^{er} cycle, offerte par l'ORIIQ.

PRIX JACQUES DUMAS

Prix remis à une pharmacienne hospitalière qui s'est distinguée par son enseignement à l'Université Laval. Ce prix a été remis par la Faculté de pharmacie à M^{me} Isabelle Taillon, pharmacienne, coordonnatrice de l'enseignement.



PRIX LOUIS-PHILIPPE DEMERS

Prix décerné à M^{me} Julie Racicot, diplômée de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Elle est actuellement adjointe au chef du département de pharmacie de l'Institut, en plus de participer à l'enseignement en pharmacie à titre de professeure de clinique.



PRÉSIDENT D'HONNEUR

Le D^r Picard Marceau a été le président d'honneur du *First Canadian Summit on Surgery For Type II Diabetes*, McGill, Montréal.



LE CENTRE DE RECHERCHE

De par son rayonnement national et international, le Centre de recherche contribue de façon importante au rayonnement de l'établissement. Au cours de la dernière année, les chercheurs ont publié plus de 345 articles dans les plus grandes revues internationales à caractère scientifique, telles que : *Lancet*, *The Journal of the American Medical Association*, *Circulation*, *Journal of the American College of Cardiology*, *Journal of Clinical Oncology*, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *PLoS Biology*, *European Heart Journal*, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *Diabetes* et autres.

Les chercheurs participent également, sur une base régulière, à différents congrès et colloques internationaux. Plus de 338 conférences et 366 abrégés ont été présentés à travers le monde par les médecins, chercheurs et étudiants du CRIUCPQ. En tant que chefs de file dans leur domaine, des chercheurs du centre organisent régulièrement des événements majeurs tels que :

- ▶ le symposium du Québec sur les maladies valvulaires cardiaques;
- ▶ le préceptorat de la Chaire internationale sur le risque cardiometabolique;
- ▶ le symposium annuel de la Chaire de recherche sur l'obésité;
- ▶ le Canadian Obesity Student Meeting;
- ▶ le symposium de la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval;
- ▶ la rencontre annuelle des membres de la Chaire internationale sur le risque cardiometabolique qui se tient chaque année dans une ville différente (Mykonos, Grèce, 2010);
- ▶ le Congrès international sur l'obésité abdominale (tenu à Buenos Aires en février 2011);
- ▶ le symposium Canada / Suède, Knowledge Transfer in Primary Care : The Model of Allergic Respiratory Diseases;
- ▶ Congrès mondial de l'Association internationale d'asthmologie (Interasma).

Ces activités, organisées au Québec ou ailleurs dans le monde, réunissent les plus illustres chercheurs internationaux et permettent les échanges sur les études en cours et les nouvelles découvertes. D'ailleurs en 2010, les travaux du Dr Éric Larose, cardiologue et chercheur dans l'axe de cardiologie, se sont classés au 2^e rang parmi les travaux les plus médiatisés des chercheurs de l'Université Laval. Le Dr Larose a fait la manchette lors de la présentation de ses travaux de recherche sur les risques cardiaques temporaires des marathoniens. Cette découverte, présentée lors du Congrès canadien de cardiologie à l'automne 2010, a notamment fait les manchettes du magazine *Time*, du *Los Angeles Times* et du *USA Today*, en plus de faire l'objet de reportages sur les grands réseaux de télévisions américaines ABC, NBC, CBS et FOX.

Soulignons aussi la performance du Dr François Maltais, pneumologue chercheur, directeur de l'axe de recherche en pneumologie, titulaire de la Chaire de recherche GSK – IRSC sur les maladies inflammatoires chroniques des voies aériennes, qui selon l'organisme *Science Watch*, se trouve au 12^e rang sur 45,590 chercheurs dans le domaine de la MPOC.

PRIX ET DISTINCTIONS

Cette année encore, plusieurs chercheurs, médecins et étudiants membres du CRIUCPQ se sont distingués par l'obtention de prestigieux prix et de nominations importantes.

- ▶ Le Dr Philippe Pibarot a obtenu le *Prix d'excellence en recherche* de la Société canadienne de cardiologie ainsi que *Achievement Award* de la Canadian Society of Echocardiography. À la suite de l'obtention de ces prestigieux prix, une première pour un chercheur de la Ville de Québec, il a été nommé *Lauréat de la semaine Le Soleil-Radio-Canada*



- ▶ Le Dr Jean-Pierre Després a reçu le *Prix Adrien-Pouliot* de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS). Ce prix vise à souligner l'excellence des travaux réalisés en collaboration avec une personne ou une équipe de la France qui ont des retombées autant en France qu'ici. Le Dr Després a été choisi *Grand lauréat de l'année Le Soleil-Radio-Canada*. Le Dr Després, directeur de l'axe de recherche en cardiologie de l'UICPQ a été sélectionné parmi une cinquantaine de candidats-lauréats nommés en 2010.



- ▶ Le Dr Angelo Tremblay, de l'axe d'obésité/métabolisme, a reçu le *Prix des Fondateurs Jean-Davignon et Paul-Lupien* attribué par la Société québécoise de lipidologie, de nutrition et de métabolisme. Ce prix est décerné à un chercheur ou à un clinicien qui se démarque par l'excellence de son dossier ainsi que par son rayonnement au Québec et ailleurs dans le monde.



► Le Dr Yves Deshaies, de l'axe d'obésité/métabolisme est le premier lauréat du *Prix de mentorat Louis-Larochelle*. Ce prix, créé en 2010, vise à récompenser un professeur de la Faculté de médecine dont les initiatives d'accompagnement de collègues et particulièrement de professeurs-chercheurs en début de carrière sont remarquables.



► Le Dr Patrice Brassard de l'axe de cardiologie est le gagnant du *Prix Jeune auteur 2009* de la revue *Experimental Physiology* pour son article intitulé *Evidence for a release of brain-derived neurotrophic factor from the brain during exercise*.



► Le Dr Jean Deslauriers, chirurgien et chercheur, a reçu le prix prestigieux de Carrière en enseignement de l'Université Laval. Ce prix couronne une longue carrière d'enseignement au premier cycle, aux résidents et au niveau international, de conférencier invité, de présentation à de nombreux congrès, de gestion académique, d'organisation de programmes de formation en chirurgie thoracique, d'écriture de publications et de livres médicaux, et, plus récemment de personnes-ressources pour l'organisation de la pratique de la chirurgie thoracique à l'Université de Jilin en Chine.



► Le Dr Jean G. Dumesnil, cardiologue échocardiographe et chercheur, a été nommé Fellow honoraire de l'*American Society of Echocardiography*. Cette distinction est unique et a été remise à seulement sept médecins dans le monde jusqu'à maintenant. Le parcours du Dr Dumesnil est exceptionnel. Il a occupé diverses fonctions à l'Institut et aujourd'hui, il continue à œuvrer en recherche clinique, après avoir pris, en 2010, sa retraite du service clinique.



► La Dr^e Chantal Simard, Ph.D., chercheuse dans l'axe de cardiologie a obtenu le prix Alfred-Émile Francoeur de la Faculté de pharmacie. Ce prix destiné aux professeurs de carrière et voté par les étudiants de 4^e année du baccalauréat a été remis à la Dr^e Simard par le doyen de la Faculté de pharmacie, le Dr Jean-Pierre Grégoire.



► Le Dr François Maltais, pneumologue, a reçu le prix Yves Morin du département de médecine de la Faculté de médecine. Ce prix a pour but de valoriser l'enseignement et l'encadrement des étudiants de 2^e et 3^e cycles. Il est décerné chaque année par les étudiants.



TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE



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

UN GROS MERCI AU PERSONNEL DU 4^e EST

Le lundi 21 février, j'ai été hospitalisé à l'Urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec pour ensuite être transféré au 4^e Est. J'ai alors été pris en charge par la formidable équipe que vous êtes! Durant mon séjour au 4^e Est qui s'est terminé le 2 mars, je n'ai connu que respect, compréhension, empathie, sourires bienveillants, encouragement et dévouement de la part de tous, préposés, infirmiers et infirmières, médecins et personnel de l'entretien ménager. Tout cela, alors que sévissait la gastroentérite sur tout l'étage. Je me réjouis d'avoir été pris en charge par une équipe soignante et professionnelle.

Je vous suis très reconnaissant pour tous vos bons soins et vous dis un gros merci!

Pierre Côté

APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

La présente est à l'effet de vous informer de notre satisfaction quant aux soins prodigués à Roland Hardy lors de son séjour à votre institut (du 10 décembre au 30 décembre 2010). Nous tenons à vous faire part des qualités spéciales du chirurgien D^r Richard Baillot qui a pratiqué l'opération de quadruple pontage sur le patient le 15 décembre dernier. En effet, D^r Baillot est un professionnel de la santé

chevronné et sérieux. Il s'agit ici d'un homme d'exception qui excelle dans son secteur d'activité. Il a performé malgré l'état d'anxiété du patient, et, par la suite, a su rassurer la famille. Nous souhaitons que nos remerciements lui parviennent rapidement.

En ce qui concerne le personnel infirmier du 2^e Notre-Dame ainsi que du 3^e soins intensifs, le dévouement et la préoccupation constante du bien-être du patient nous ont agréablement surpris. L'attitude positive et les encouragements de ces personnes ont fait la différence. Nous avons grandement apprécié leur comportement tout à fait approprié. Quant à l'équipe du secteur Recherche qui a accueilli le patient le 25 janvier 2011 pour prises de sang, saisie de données et rencontre ultérieure avec D^r Baillot et son assistante à la clinique externe, nous n'avons que des éloges pour ces gens.

Nous remercions ici tous les employés qui, de près ou de loin, ont contribué au retour à la santé du patient susmentionné. Il est évident que la Direction des ressources humaines doit être mise au courant de ces faits qui sont à la hauteur de la renommée de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

Veuillez accepter nos sincères remerciements et nos plus cordiales salutations.

*Florence Laverdière-Hardy et famille
Donnacona (Québec)*

AU PERSONNEL DE L'URGENCE,

Comme c'était la première fois que je faisais appel au 911, j'ai dû me laisser embarquer tout doucement sur la civière par les ambulanciers qui m'ont conduit à l'UICPQ. Les quelques heures que j'ai passées à l'Urgence dans le lit # 17, le long du mur, m'ont permis d'observer ce qui se passe alors que les ambulances arrivent à la queue leu leu. Voir les infirmières qui s'empressent d'installer le malade sur un lit, leur passer une jaquette d'hôpital, prendre la pression, la température, ensuite une équipe de deux médecins viennent s'informer de ce qui ne va pas, patiemment sans se presser, comme s'ils avaient tout leur temps et c'est ainsi toute la journée. Je vous admire tous ainsi que le personnel du 3^e pavillon Notre-Dame.

Je vous souhaite une Bonne Année et surtout de la santé pour continuer à vous occuper des malades qui vous arrivent à tout instant. Merci pour les bons soins!

Lucille Thériault

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

La présente est pour vous faire part de notre appréciation du personnel de l'hôpital, lors de l'hospitalisation de notre mère, madame Bertha Martel Drolet, du 23 septembre au 21 octobre 2010. Tous les membres de notre famille, soit neuf enfants, qui avons passé des heures, jour et nuit près de notre mère, profitons de cette opportunité pour souligner entre autres, le travail exceptionnel et exemplaire d'une de vos infirmières, madame Danielle Richard. Quel dévouement, quel professionnalisme et quelle gentillesse! Tout en étant débordée de travail et en démontrant une grande sensibilité, elle a toujours su donner un service impeccable, tout en étant serviable envers notre mère et nous tous. On n'a jamais eu l'impression de la déranger, bien au contraire. Bravo Madame Richard! De plus, on ne pouvait passer sous silence l'excellent travail effectué par le personnel du soir et l'équipe des soins palliatifs. Un personnel courtois, professionnel et très aimable. Tous ces professionnels de la santé nous ont aidés à passer à travers cette période, on ne peut plus difficile.

J'aimerais également ajouter à ces remerciements le travail exceptionnel et humanitaire de L'Abbé Jean-Marc Fournier du Service de la pastorale, lequel a aidé notre mère à mourir dans la paix, la dignité et l'amour, ce qui l'a aidée à mourir sereinement et qui, par le fait même, nous a aidés, nous ses enfants, à l'acceptation de son départ qui s'est fait tout en douceur. Vous pouvez être fier d'avoir un personnel aussi sensible et à l'écoute de tous ces gens malades, tout en les aidant à passer à travers des périodes difficiles de leur vie. Un grand merci à toutes et à tous!

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Céline Drolet et tous les membres de la famille

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Je suis patient de l'Institut depuis plusieurs années. Je suis aussi abonné au PPMC. J'ai à plusieurs reprises dû cesser mes activités pour des raisons médicales. Les programmes préventifs du PPMC sont très bien structurés et très efficaces. Je souhaiterais attirer votre attention sur les kinésiothérapeutes Patrick Marena et Marie-Pierre Sirois qui ont su me comprendre et m'encourager à continuer l'entraînement avec eux. Ils m'ont surtout apporté un support très important avec assistance et suivi médical tel que vérifier régulièrement les signes vitaux et la pression artérielle ainsi que consulter le cardiologue, les infirmières et les autres spécialistes pour me rassurer, sans oublier leur ponctualité et leur grand professionnalisme.

Monsieur, il est rare de nos jours de trouver ce genre de professionnalisme. C'est pourquoi je désire vous le souligner et vous encourager à les garder au sein de votre équipe et j'apprécierais que vous partagiez mes plus sincères remerciements avec vos deux kinésiothérapeutes.

Veuillez accepter, Monsieur, mes sincères salutations.

Louis Ross



À QUI DE DROIT,

Au printemps 2010, j'ai fréquenté votre milieu pour investigation en vue d'une pneumonectomie. J'ai subi cette intervention le 28 juin dernier sous les soins du D^r Jean Deslauriers. Après quelques complications et un long séjour au 6^e soins intensifs, j'ai pu quitter l'hôpital le 25 août dernier. Lors de mon séjour, j'ai été témoin de la compétence et du travail acharné des différents intervenants qui m'ont côtoyé. C'est avec dévouement que l'on m'a prodigué des soins de qualité. Je tiens à remercier le D^r Jean Deslauriers et toute son équipe pour leur excellent travail.

Bien à vous,

Yvon Vallerand

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Il est facile de critiquer le système de santé en général. Mais moi, ce que j'ai vécu chez vous, c'est tout autre chose. J'ai eu affaire avec l'équipe de chirurgie bariatrique en mai 2010 et malgré la gravité de cette opération, j'ai vécu de bons moments. Tout d'abord, l'équipe de médecins prend le temps de nous mettre au courant de tout ce qui peut survenir avant, pendant et après l'opération. Je les ai sentis toujours présents et rassurants. Malgré les complications que j'ai subies, je retournerais demain me faire opérer en toute confiance.

Parlons maintenant de l'équipe soignante. Des préposés aux bénéficiaires à qui je dis un merci bien particulier pour leur dévouement au quotidien. Aux infirmières auxiliaires et infirmières qui, malgré la charge de travail, gardent toujours leur bonne humeur. Jamais je n'ai eu à attendre pour recevoir des soins et je me suis sentie respectée dans ce que je vivais. Toutes ces personnes sur le plancher sont dévouées de façon remarquable et sont très aidantes dans tous les sens du mot. Je n'ai que des mercis à dire à toute votre équipe de chirurgie bariatrique en particulier. J'espère qu'en tant que directeur général vous saurez leur transmettre toute ma reconnaissance pour ce dévouement et ce professionnalisme. Vous

pouvez éprouver de la fierté pour une spécialisation aussi importante dans votre établissement et cela grâce à des acteurs qui parfois ne sont pas assez reconnus.

Merci de votre attention et j'espère que cette lettre ne restera pas dans le fond d'un tiroir dans l'oubli.

Yvonne Tremblay
Lévis

À L'ÉQUIPE D'ONCOLOGIE AMBULATOIRE, BONJOUR À VOUS TOUTES ET TOUS

Je tenais à vous remercier personnellement pour l'ensemble de tous les bons soins que vous avez prodigués à mon conjoint, Bruno Simard, décédé des suites d'un cancer du poumon, le 4 juillet 2010. Dès le moment du diagnostic l'an dernier, nous nous sommes sentis épaulés dans cette épreuve et soutenus tout au long de nombreux traitements que Bruno a dû recevoir. Nous avons toujours senti de votre part une très grande empathie et un dévouement sans bornes à notre endroit. J'ai moi-même reçu des explications claires à toutes mes questions, ce qui m'a permis de suivre la situation d'aussi près que ma compréhension des faits me permettait de le faire.

Un merci tout spécial à Danielle Leblanc, celle qui nous a informés dès le premier jour de ce qui nous attendait. « Sainte Danielle », disait Bruno car quand il avait des effets insupportables ou des douleurs, il l'appelait pour lui demander conseil et quelques minutes plus tard, le mal était parti, comme par miracle. Merci aussi à France Boutin qui était l'abeille préférée de Bruno, celle par qui il aimait le mieux être piqué, car il en profitait pour discuter de tous les sujets avec elle. Il l'aimait vraiment beaucoup et la considérait comme une bonne amie. Merci à Lise qui taquinait Bruno et le faisait rire. Il appréciait son naturel et sa personnalité espiègle. Merci à Ginette, infirmière à la retraite, dont on sent bien qu'elle a encore toute sa place dans un milieu comme celui-ci. Merci pour les petites gâteries à l'érable, Ginette. Merci Marie-Joëlle que Bruno prenait un malin plaisir à agacer de ses distractions. Et merci Michel, le coq du département.



Ton grand dévouement et ton appui perfectionniste pour le côté technique ont été des plus appréciables. Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer tous ceux et celles qui ont aidé Bruno tout au long de la dernière année, mais sachez que ces remerciements s'adressent à chacun(e) de vous qui, de près ou de loin, lui avez permis de garder l'espoir de guérir. Sans le dévouement et la générosité d'âme de gens comme vous, il aurait abandonné le combat bien avant.

Merci de tout cœur!

Louis Manibal, conjoint

À TOUTE L'ÉQUIPE D'HÉMODYNAMIE,

De St-Georges-de-Beauce, je suis venu améliorer ma santé en recourant à vos bons soins et à votre compétence. De tous les coins de la province, nous venons vers vous!

Merci!

*René Baillargeon
St-Georges-de-Beauce*

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Monsieur,

Par la présente, je tiens à vous souligner l'excellence du Bloc opératoire de votre institut. Notre fils François y a subi une chirurgie, le 17 juin 2010. L'infirmière Roxanne, l'anesthésiste St-Onge, Simon Marceau, l'inhalothérapeute Isabelle, l'infirmière Caroline et tous les autres qui ont participé à la chirurgie ont été exceptionnels et ont su s'adapter à notre fils d'exception.

Mention à votre chef, Madame Gagné, de gérer une telle équipe!

Agathe Maltais

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL,

Au nom de la famille Wallace, j'aimerais souligner le dévouement incroyable de tous les infirmiers (ières) et médecins du 7^e étage de l'IUCPQ qui ont pris soin de mon père, M. Robert Wallace, durant ses derniers jours au mois de mars 2010. La compassion, la gentillesse et le dévouement qu'ils ont démontrés à notre père et à notre famille durant ces moments extrêmement difficiles et pénibles étaient extraordinaires.

Nous aimerions remercier personnellement l'équipe de soins des docteurs Caron et Charbonneau et l'infirmière Francine. Nous aimerions aussi remercier particulièrement trois infirmiers (ières) qui nous ont vraiment touchés soit, Tony Bouffard, Claudia (infirmière stagiaire), et Sébastien. Leur comportement professionnel exemplaire envers notre père et notre famille et leur capacité de nous aider à mieux comprendre la situation terminale de notre père, nous ont permis de mieux accepter sa maladie. Non seulement se sont-ils comportés avec un professionnalisme hors pair, mais aussi ils ont offert des soins médicaux et un support émotionnel personnalisé pendant les derniers sept jours de sa vie. Avoir des médecins et des infirmiers (ières) comme ça, qui peuvent connecter avec le patient et sa famille pendant des moments vraiment difficiles, est un atout incroyable pour l'IUCPQ. Le séjour de notre père à votre Institut a été supportable grâce à ce groupe de médecins et infirmiers (ières) exceptionnels. Pour mieux expliquer leur gentillesse, quand notre père est décédé le 24 mars dernier, Tony et Claudia avaient déjà fini leur quart de travail (ils n'étaient même pas assignés à prendre soin de notre père ce soir-là), mais ils ont pris le temps de venir nous voir, de nous parler, de nous consoler et de nous donner leurs sympathies. Ceci était l'expression ultime de la compassion qu'ils ont démontrée depuis le premier jour.

Merci encore une fois pour tous les soins que vous avez apportés à notre père. Nous n'oublierons jamais ce que l'IUCPQ, et les gens du 7^e étage, ont fait pour notre père et notre famille.

Sincèrement,

La famille de M. Robert Wallace

BONJOUR,

Je désire faire connaître à la direction et au personnel de l'hôpital ma satisfaction pour l'attention diligente et les soins que j'ai reçus à la suite d'un récent malaise. Sous la recommandation de mon médecin de famille, j'ai d'abord obtenu un rendez-vous avec un cardiologue dans un délai d'une semaine. Lors de cette rencontre, les temps d'attente ont été de moins d'une heure. J'ai pu avoir accès à un électrocardiogramme à l'effort (tapis roulant) et revoir le médecin cardiologue dans la même journée pour préciser le diagnostic. Celui-ci me propose une coronarographie deux semaines tard, soit hier. Les documents d'information qui m'ont été remis ainsi que les instructions de l'infirmière se sont avérées complètes et claires. L'accueil et les soins que j'ai reçus hier de la part du personnel infirmier et des préposé(e)s au centre de soins de jour ont été diligents et attentionnés. La coronarographie s'est déroulée efficacement et n'a heureusement révélé aucune anomalie à mes artères coronaires. Malgré mon empressement à vouloir quitter l'hôpital, on a pris le temps de s'assurer que mon état était adéquat avant de me laisser partir. Vous voudrez bien faire connaître mon appréciation et mes remerciements au personnel concerné.

Salutations,

Bernard Darveau

VOUS DÉSIREZ CONSULTER LE « RECUEIL DE TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE » COMPLET ? RENDEZ-VOUS SUR LE SITE INTERNET DE L'INSTITUT. NOUS SOUHAITONS QUE CET OUVRAGE CONTRIBUE À METTRE EN VALEUR TOUS CEUX ET CELLES QUI, DANS LEURS OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES RESPECTIVES, ONT À CŒUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE NOTRE CLIENTÈLE. C'EST AVEC TOUTE NOTRE RECONNAISSANCE QUE NOUS LEUR DÉDIONS CE RECUEIL.

ÉTATS FINANCIERS

Les informations financières présentées sont extraites des états financiers audités (formulaire prescrit AS-471) ayant fait l'objet d'un rapport de l'auditeur indépendant le 21 juin 2011. Ces états financiers ont été approuvés par le conseil d'administration le 21 juin 2011.

L'exercice financier 2010-2011 s'est soldé par un excédent des charges sur les revenus de 984 483 \$ pour les activités principales. Ce résultat respecte la cible budgétaire déficitaire maximale acceptée par l'Agence et le Ministère, établie à 984 659 \$.

La Direction des ressources financières

Note : Au cours de l'exercice 2010-2011, la fondation a versé des dons de 1 143 313 \$ à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec pour des projets immobiliers et l'achat d'équipement, 1 088 391 \$ pour des bourses et des activités de recherche et 15 315 \$ pour des projets reliés à l'amélioration du bien-être des usagers.

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION		
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS	2011	2010
ACTIVÉTÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	185 040 885 \$	181 675 050 \$
Contributions des usagers	6 900 073	6 353 426
Autres revenus	3 109 819	3 406 990
Ventes de services	2 903 836	2 694 668
	197 954 613	194 130 134
CHARGES		
Centres d'activités principales		
Salaires, traitements et avantages sociaux	114 866 187	113 848 491
Autres charges	82 799 066	80 508 270
Autres charges non réparties	1 397 285	1 209 144
	199 062 538	195 565 905
Moins : transferts aux activités accessoires	123 442	126 098
	198 939 096	195 439 807
EXCÉDENT DES CHARGES DES ACTIVÉTÉS PRINCIPALES	(984 483)	(1 309 673)
ACTIVÉTÉS ACCESSOIRES		
REVENUS		
	32 963 279 \$	31 835 011 \$
CHARGES		
	32 933 708	31 832 584
EXCÉDENT DES REVENUS	29 571 \$	2 427 \$

SOMMAIRE DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES				
Au 31 mars	2011	%	2010	%
PAR CENTRE D'ACTIVITÉ				
Programme santé physique (soins infirmiers, services diagnostiques, thérapeutiques, ambulatoires)	137 315 474 \$	59,22	133 709 799 \$	58,83
Autres (urgence, pharmacie, services sociaux, physiothérapie, ergothérapie)	21 579 700	9,31	21 061 300	9,27
Services administratifs et de soutien	25 085 639	10,82	25 347 869	11,15
Services techniques	13 560 998	5,85	14 111 695	6,21
Activités accessoires	32 933 708	14,20	31 832 584	14,01
Charges non réparties	1 397 285	0,60	1 209 144	0,53
	231 872 804 \$		227 272 391 \$	
PAR NATURE DE DÉPENSES				
Masse salariale	137 829 198 \$	59,44	134 215 139 \$	59,05
Autres fournitures et services	34 633 376	14,94	36 383 969	16,01
Fournitures médicales et chirurgicales	45 840 025	19,77	42 593 014	18,74
Médicaments	7 674 852	3,31	7 953 929	3,50
Produits sanguins	4 313 214	1,86	4 466 090	1,97
Denrées alimentaires	1 582 139	0,68	1 660 250	0,73
	231 872 804 \$		227 272 391 \$	

BILAN					
Au 31 mars	2011	2010		2011	2010
ACTIF			PASSIF		
FONDS D'EXPLOITATION			FONDS D'EXPLOITATION		
Encaisse	14 876 816 \$	11 479 220 \$	Comptes à payer et passif couru	18 296 916 \$	19 301 304 \$
Placements temporaires, 1,25 %	8 073 973	10 090 411	Provision pour avantages sociaux	13 558 954	12 655 554
Comptes à recevoir et actif couru	19 958 346	10 283 050	Somme due au fonds affecté	290 505	197 088
Subvention à recevoir du M.S.S.S. - réforme comptable	12 449 517	12 360 316	Somme due au fonds d'immobilisations	3 211 318	4 021 159
Frais reportés	4 510 603	4 498 227	Revenus reportés	28 194 893	28 550 540
				63 552 586	64 725 645
	59 869 255 \$	48 711 224 \$	Solde du fonds	(3 683 331)	(16 014 421)
			Avoir propre négatif		
				59 869 255 \$	48 711 224 \$
FONDS D'IMMOBILISATIONS			FONDS D'IMMOBILISATIONS		
Autres débiteurs	421 986	580 938	Financement temporaire	23 523 750 \$	50 148 753 \$
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	3 211 318	4 021 159	Comptes à payer et passif couru	2 201 034 \$	2 228 247 \$
Subvention à recevoir du M.S.S.S. - réforme comptable			Intérêts courus à payer	664 796	311 725
	3 633 304	4 602 097	Revenus reportés	5 779 085	4 766 329
Immobilisations	150 259 633	140 255 983		32 168 665	57 455 054
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	455 890	208 043	Dette à long terme		
	154 348 827 \$	145 066 123 \$	Obligations	88 090 386	51 147 595
			Revenus reportés du M.S.S.S. - réforme comptable	32 201 555	34 575 253
				120 291 941	85 722 848
			Solde du fonds	1 888 221	1 888 221
				154 348 827 \$	145 066 123 \$
FONDS AFFECTÉ			FONDS AFFECTÉ		
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	290 505 \$	197 088 \$	Fonds affecté non attribué	290 505 \$	197 088 \$

MOT DU PRÉSIDENT



FONDATION
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



Au cours de l'année 2010, la Fondation IUCPQ a poursuivi ses efforts et maintenu le cap sur l'excellence. Grâce à des employés dévoués et à de généreux bénévoles, la Fondation a dépassé ses propres objectifs financiers. L'année 2011 s'annonce stimulante pour nous : la campagne interne va bon train et nous travaillons activement à mettre en place la plus grande campagne de financement de toute l'histoire de l'Institut, dont l'objectif sera d'amasser la somme de 30 millions de dollars sur cinq ans.

L'Institut a pour mission la santé des personnes atteintes de maladies cardiopulmonaires et de maladies reliées à l'obésité. Notre mission, à la Fondation, est de soutenir et de promouvoir l'œuvre de l'Institut, et nous prenons tous les moyens pour y arriver. Au cours de l'année 2010, grâce à la générosité de plus de 25 000 donateurs et à l'implication d'une centaine de bénévoles, la Fondation a recueilli la généreuse somme de 6,4 millions de dollars! Ces sommes ont notamment permis à l'Institut de se doter de plusieurs équipements médicaux importants, tel un tomographe par émission de positrons (TEP) pour lequel la Fondation a versé la somme de 220 000 \$.

La Fondation a également remis près d'un million de dollars dans le cadre du Concours de recherche en cardiologie et du Concours de recherche en pneumologie, afin que nos chercheurs puissent poursuivre leurs projets de recherche.

En résumé, la mission de notre fondation est plus que jamais de soutenir l'Institut dans ses démarches pour améliorer les soins de santé qui y sont prodigués. Pour réaliser cette mission, nous pouvons compter sur le soutien indéfectible d'une permanence d'expérience et de bénévoles dynamiques, et aussi sur une population qui a la Fondation IUCPQ à cœur.

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

AU CŒUR DE VOS PASSIONS



La 7^e édition de l'événement *Au cœur de vos passions*, qui s'est déroulé le 30 avril dernier, a été un franc succès. Sous la présidence d'honneur de M. Clément Gignac, ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, la soirée a permis d'amasser la somme de 120 000 \$. Quelques 375 invités ont pris part à cette soirée. Un encan silencieux mettait à l'honneur des vins rares, dont certains provenaient directement de la cave de garde de la SAQ. Les vins ont été sélectionnés par M^{me} Jessica Harnois, sommelière du Service SAQ à la Société des alcools du Québec.

RENDEZ-VOUS FERRARI QUÉBEC 2010

La troisième édition du Rendez-vous Ferrari Québec 2010, organisée par le Club Luigi Ferrari, a permis d'amasser la somme de 85 000 \$! Le défilé a eu lieu sur la Grande-Allée le samedi 14 août dernier. Le Club Luigi Ferrari et son président, M. Mario Guérin, souhaitent amasser assez d'argent pour doter l'Institut d'un cœur mécanique. En décembre 2010, l'IUCPQ recevait finalement le *CardioHelp i*, un appareil qui permet de supporter et transporter les patients en défaillance cardiaque ou pulmonaire.



MARATHON DES DEUX RIVES

Le 29 août 2010, M^{me} Annie Girard, âgée de 37 ans et greffée cardiaque à l'IUCPQ, a réalisé un deuxième grand rêve : compléter un demi-marathon. Grâce à sa détermination et à sa persévérance, Mme Girard a parcouru 21 kilomètres, soit 11 kilomètres de plus que l'an dernier. Ses efforts ont permis d'amasser la somme de 20 150 \$, somme qui a été versée au fonds dédié en insuffisance cardiaque et transplantation de la Fondation. Mme Girard a été appuyée par son employeur, PMT Roy assurances et services financiers, ainsi que par M^e Jean M. Gagné, avocat associé chez Fasken Martineau et vice-président du conseil d'administration de la Fondation.



SEMAINE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DU PPMC

Bouger, c'est important et le PPMC ne cesse de le promouvoir! Du 3 au 7 mai 2010, le PPMC a offert différentes activités au personnel de l'IUCPQ et à ses usagers. Des consoles Wii étaient installées pour que les participants puissent jouer aux quilles, au golf ou au tennis, mais surtout, les usagers pouvaient faire suer leurs entraîneurs! Cette activité a été très populaire auprès de la clientèle, au grand dam de l'équipe du PPMC. Lors de la Journée nationale du sport et de l'activité physique tenue le 6 mai, le PPMC a lancé une invitation aux 3 000 membres de l'IUCPQ de venir *bouger en cœur*. Plus de 450 membres du personnel de l'IUCPQ ont participé à cette journée qui se déroulait sous le signe de la prévention. La semaine de l'activité physique du PPMC a permis d'amasser 6 300 \$ pour votre fondation.



TOURNOI DE GOLF ZONE911.COM

Première grande collecte de fonds dans Charlevoix depuis la création de la Fondation IUCPQ en 2009, le Tournoi de golf Zone911.com, qui a eu lieu le 12 septembre dernier, a permis d'amasser 16 300 \$. Organisé par les journalistes du site Internet Zone911.com, en collaboration avec le FM93 de Québec, l'Hebdo Charlevoisien et CHOI FM, l'événement a attiré 200 participants au tournoi, au souper et à l'encan animé par le député de Montmorency-Charlevoix-Haute-Côte-Nord, M. Michel Guimond. M. Jean-François Labrie, animateur au FM 93 et M^{me} Geneviève Lavoie étaient les porte-parole officiels de l'activité. Ces derniers ont été greffés d'un cœur à l'IUCPQ au cours de la dernière année. Par ailleurs, M^{me} Geneviève Lavoie, résidente de Clermont dans Charlevoix, a personnellement amassé 5 000 \$ supplémentaire pour la Fondation IUCPQ.



9^e ÉDITION DU BRUNCH ANNUEL FAMILIAL

Le Brunch annuel familial présenté par Desjardins a de nouveau été couronné de succès. Plus de 260 convives se sont réunis au Château Bonne Entente. Sous la présidence d'honneur de M. Richard Fortier, président et chef de l'exploitation de Desjardins Sécurité Financière, l'événement a permis d'amasser 45 500 \$, soit 1 000 \$ de plus que l'édition précédente. Une quarantaine d'enfants ont profité des services d'un clown, d'une maquilleuse et d'un conteur. Quelques-uns, plus aventuriers, ont eu la chance de visiter les cuisines du Château Bonne Entente, une activité très populaire. M. Angelo Tremblay, chercheur au Centre de recherche de l'IUCPQ et auteur du livre « *Prenez le contrôle de votre appétit...et de votre poids* », nous a présenté sa conférence *La vie dans un monde informatisé : aux antipodes de la prévention du surpoids?* M. Tremblay expliquait comment le manque de sommeil et le travail mental exigeant pouvaient devenir des problématiques entraînant l'obésité.



FOUS DE LA RAMPE



Un autre événement a connu tout un succès : la comédie *Boeing Boeing* de Marc Camoletti, montée et réalisée par la troupe *Les Fous de la Rampe*. La mise en scène a été assurée par M^{me} Maude Lachance. M^{me} Lorraine Côté, comédienne et metteuse en scène, était invitée en tant que marraine d'honneur de l'événement. Les quatre représentations, qui ont eu lieu en novembre, ont permis de recueillir au-delà de 5 000 \$, qui ont été remis à la Fondation. L'équipe de la Fondation tient d'ailleurs à féliciter et à remercier les membres de la troupe pour leur implication et leur dynamisme : M^{mes} Bianka Simard, Danielle Boucher, Audrey Clavet, Isabelle Cyr, Maude Lachance, Sylvianne Picard et MM. Jean-Christophe Borel, Jean Guèvremont et Frédéric Sériès.

LOTO-VOYAGES, ÉDITION 2011

L'édition 2011 de la Loto-Voyages a été une réussite sur toute la ligne! Les 750 billets, au prix de 100 \$ chacun, se sont envolés en deux semaines! Lors du lancement de la campagne interne le 17 novembre dernier, déjà 420 billets avaient été vendus à l'occasion de la prévente. M^{me} Geneviève Boily a été la grande gagnante de la prévente. Elle a remporté un séjour au Château Bonne Entente, incluant nuitée et déjeuner. Cette année, tous les voyages ont lieu en avion. De Riviera Maya, à Cancun, jusqu'en Irlande, en passant par l'Italie, les gagnants auront la chance de pouvoir visiter les quatre coins du monde! La Loto-Voyages est l'une des activités de mobilisation les plus importantes de la campagne interne.



CAMPAGNE INTERNE

La campagne interne va bon train. Sous la thématique « **Allons plus loin, pour eux et pour nous** », l'objectif de la campagne interne est d'amasser 1 million de dollars, objectif que la Fondation IUCPQ a bon espoir d'atteindre sous peu. La campagne interne, dont le lancement a eu lieu le 17 novembre 2010, a pour but d'amasser des fonds afin que le corps médical puisse participer au financement de huit grands projets porteurs pour l'Institut, qui visent à améliorer les conditions de travail des membres du personnel et à faciliter les soins et services offerts aux usagers. Ces huit projets sont d'ailleurs présentés dans l'onglet Fondation de l'intranet sous forme de courtes vidéos. Le lancement public de la grande campagne est prévu au cours des prochains mois et l'objectif est d'amasser 30 millions de dollars sur cinq ans.



SUBVENTIONS DE RECHERCHE ET BOURSES CONCOURS DE RECHERCHE EN PNEUMOLOGIE

La Fondation IUCPQ a remis une enveloppe de 380 000 \$ au Concours de recherche en pneumologie, afin de financer dix projets de recherche en pneumologie. Ainsi, MM. Steve Charrette, François Lellouche, Yohan Bossé, David Marsolais, Massimo Conti, Didier Saey, Simon Martel et M^{mes} Jamila Chakir, Marie-Renée Blanchet et Julie Milot pourront mener à bien leurs projets. La Fondation a également remis la somme de 40 000 \$ à la banque de tissus en pneumologie.

CONCOURS DE RECHERCHE EN CARDIOLOGIE

En 2010, la Fondation a remis la somme de 491 650 \$ en subventions de recherche en cardiologie, soit 110 650 \$ de plus que l'an dernier. Vingt et un chercheurs travaillant au Centre de recherche de l'Institut ont pu bénéficier de ces subventions. Toutes les demandes d'aide financière ont été étudiées selon les critères d'excellence en recherche reconnus par le Fonds de la recherche en santé du Québec. Les chercheurs qui bénéficient des fonds remis dans le cadre du Concours en cardiologie en 2010 sont : MM. Philippe Pibarot, Éric Larose, Olivier F. Bertrand, Yohan Bossé, Jacques Couet, Jean G. Dumesnil, Patrick Mathieu, Frédéric Picard, Jean-Pierre Déry, Patrice Brassard, Josep Rodés Cabau, Benoît Drolet, Paul Poirier, Stéphane Rinfret, Mario Sénéchal, Sébastien Bergeron et M^{mes} Marie Arsenault, Élisabeth Bédard, Nathalie Alméras, Caroline Rhéaume et Chantale Simard. La Fondation a également versé la somme de 40 000 \$ à la banque de tissus en cardiologie, laquelle constitue une ressource indispensable pour l'ensemble des chercheurs.

BOURSES GREAT-WEST LIFE

Les entreprises Great-West Life et Liberté 55 appuient depuis plusieurs années la mission de la Fondation en remettant deux bourses de 25 000 \$ chacune à des médecins et chercheurs évoluant dans le domaine de la cardiologie. L'attribution de ces bourses vise à faciliter les stages de surspécialisation à l'extérieur de la province et du pays. Deux médecins spécialistes en cardiologie sont les heureux récipiendaires de ces bourses. Grâce à ces bourses, ils iront se spécialiser dans deux des meilleurs hôpitaux nord-américains.

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

BILAN

Au 31 décembre

2010

2009

ACTIF

ACTIF À COURT TERME

Encaisse	4 611 865 \$	6 109 288 \$
Créances	254 560	325 373
Frais payés d'avance	51 995	41 328
Placements échéant au cours du prochain exercice	220 519	39 826

5 138 939 6 515 815

PLACEMENTS

6 085 905 5 800 450

IMMOBILISATIONS CORPORELLES

43 829 45 488

11 268 673 \$ 12 361 753 \$

PASSIF

PASSIF À COURT TERME

Dettes de fonctionnement	526 470 \$	2 643 440 \$
Apports reportés	23 700	7 700
Dettes à long terme échéant au cours du prochain exercice	1 499	1 358

551 669 2 652 498

DETTE À LONG TERME

6 364 7 863

558 033 2 660 361

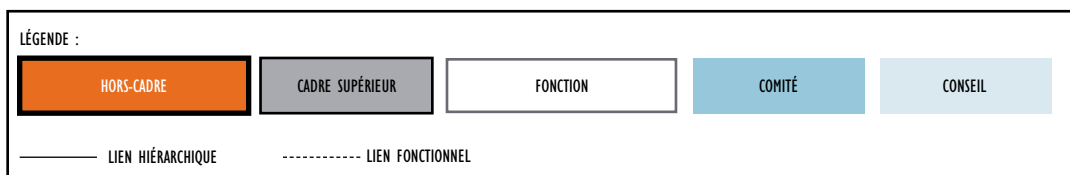
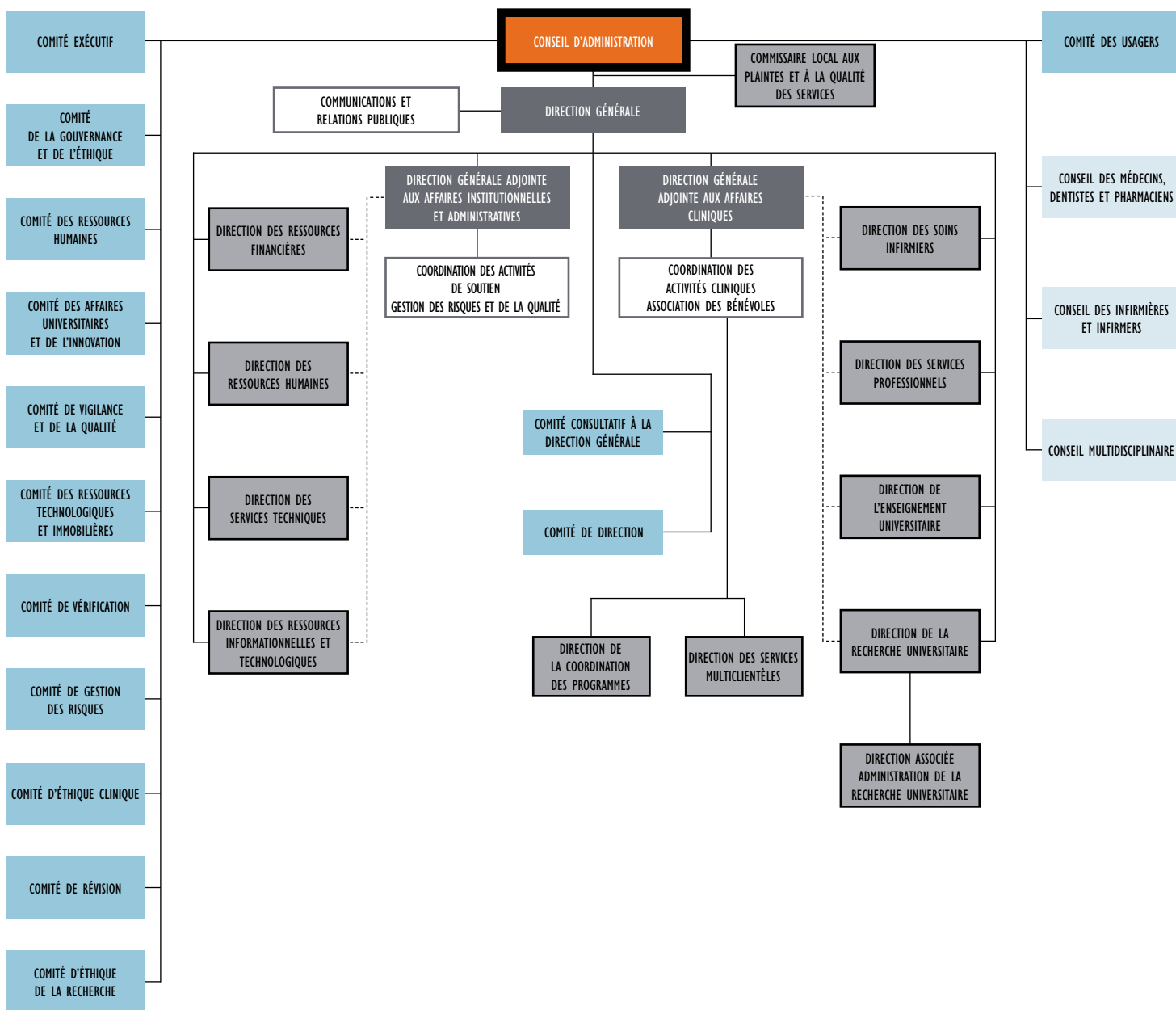
SOLDES DE FONDS

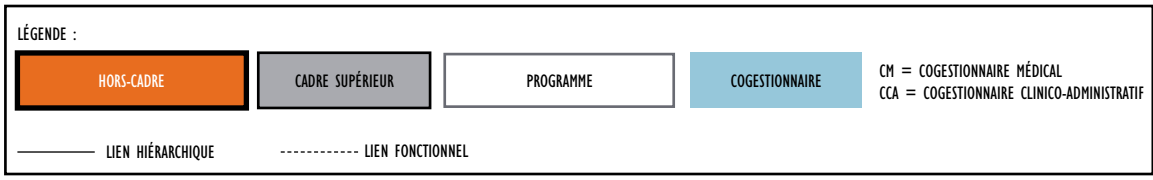
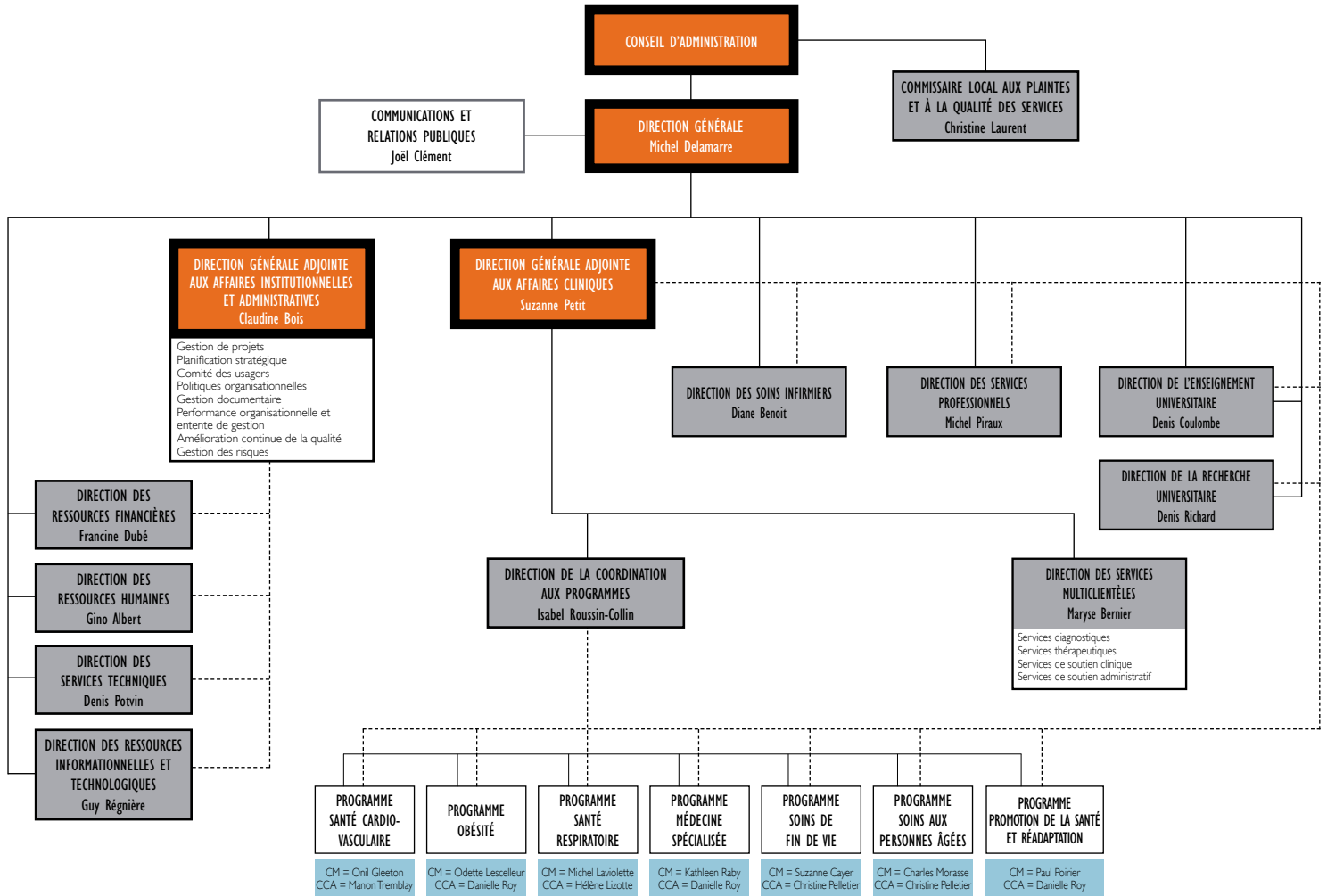
Fonds d'administration générale	7 292 030	6 445 404
Fonds d'immobilisations	35 966	36 267
Fonds de dotation	1 016 355	1 016 355
Fonds affectés	2 366 289	2 203 366

10 710 640 9 701 392

11 268 673 \$ 12 361 753 \$

ORGANIGRAMMES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010

Madame **Claudia Boulanger**
Collège électoral : Population

Monsieur **Jean Brown**
Collège de désignation : Fondation

Monsieur **André-J. Castonguay**
Collège électoral : Ministère

Madame **Ginette G. Defoy**
Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Laurent Després**
Collège de désignation : Fondation

Vice-président

Madame **Martine Dubois**
Collège électoral : Personnel non clinique

Monsieur **Michel Delamarre**
Directeur général par intérim
Secrétaire

Monsieur **Pierre-Louis Bernard**
Collège de désignation : Résidents en médecine

Monsieur **Jean-Pierre Grégoire**
Collège de désignation : Université

Madame **Line Grisé**
Collège de désignation : Université

Madame **Marie-France La Haye**
Collège électoral : Population

Monsieur **René Lamontagne**
Collège de désignation : Université

Monsieur **Onil Gleeton**
Collège de désignation : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Monsieur **Adolphe Michaud**
Collège de désignation : Comité des usagers

Madame **Anne Michaud**
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Louise Milot**
Collège de désignation : Agence

Madame **Madeleine Nadeau**
Collège de désignation : Agence
Présidente

Monsieur **Benoît Riendeau**
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Danielle Rodrigue**
Collège de désignation : Conseil des infirmières et infirmiers

Monsieur **Serge Simard**
Collège de désignation : Conseil multidisciplinaire

Monsieur **Georges Smith**
Collège de désignation : Comité des usagers

COMITÉ EXÉCUTIF 2010

- ▶ **Présidente du conseil d'administration**
Madeleine Nadeau
- ▶ **Vice-président du conseil d'administration**
Laurent Després
- ▶ **Secrétaire du conseil d'administration** Michel Delamarre
- ▶ **Membre du CA** Jean-Pierre Grégoire
- ▶ **Membre du CA** Danielle Rodrigue

COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

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

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

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

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M. René Lamontagne
Président
Membre du conseil d'administration



LA GOUVERNANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M^{me} Louise Milot
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Jean Brown
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Laurent Després
Président
Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

M^{me} Louise Milot
Présidente
Membre du conseil d'administration

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

COMITÉ DE RÉVISION

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

COMITÉ DES USAGERS

M. Georges Smith
Président
Membre du conseil d'administration

Afin d'assumer pleinement ses responsabilités, le conseil d'administration a tenu au cours de l'année 2010-2011, sept rencontres régulières et deux rencontres extraordinaires. Les 21 membres qui le composent possèdent les compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Les membres du conseil ont assisté aux rencontres avec assiduité. Au cours de l'année, en lien avec la mission de l'établissement et les responsabilités qui lui incombent, le conseil d'administration a adopté des résolutions et il a exercé avec vigilance un suivi des dossiers stratégiques en lien avec :

LA MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT ET SA GOUVERNANCE

- ▶ L'élaboration d'un tableau de bord organisationnel du conseil d'administration permettant d'obtenir une vue intégrée des indicateurs stratégiques à dimension organisationnelle. Les 41 indicateurs stratégiques ont été regroupés selon deux dimensions, soit :
 - La qualité des services rendus qui comprend la satisfaction des clients, l'efficacité et l'efficience, l'accessibilité et la continuité ainsi que la sécurité et les risques;
 - La gestion des ressources disponibles, incluant les ressources humaines et les ressources financières.
- ▶ L'élaboration d'un processus d'évaluation de la gouvernance;
- ▶ Le suivi du plan d'amélioration de la qualité du conseil d'administration;
- ▶ Le remplacement du directeur général;
- ▶ L'évaluation des pratiques de gestion;
- ▶ Le renouvellement du contrat d'affiliation avec l'Université Laval;
- ▶ La révision de plusieurs règlements du CA;
- ▶ Le partenariat avec la fondation de l'IUCPQ dans la planification de sa campagne majeure de financement;
- ▶ La réception et l'analyse du rapport d'évaluation du Centre de recherche par le FRSQ et du rapport de gestion du Centre de recherche;
- ▶ La réception et l'analyse du rapport annuel des différents comités du CA, de l'Association des bénévoles, des conseils professionnels (CMDP, CII, CM).

LE PLAN STRATÉGIQUE ET LES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

- ▶ Le suivi de l'état d'avancement du plan stratégique 2008-2013;
- ▶ Le suivi de l'atteinte des objectifs organisationnels 2009-2010 et les décisions en découlant;
- ▶ L'adoption des priorités organisationnelles 2010-2011 en lien avec les enjeux de l'organisation ainsi que le soutien à la direction dans le cadre des projets stratégiques, notamment la réussite de la mise en place de la gestion par programmes.

LA PERTINENCE, LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES DISPENSÉS

- ▶ L'élaboration du plan de sécurité des usagers et l'adoption des priorités d'action en découlant;
- ▶ L'adoption et l'analyse du rapport trimestriel de gestion des risques;
- ▶ Le suivi des exigences d'Agrément Canada;
- ▶ L'adoption du plan d'action 2010-2011 découlant du Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales et le suivi périodique des infections nosocomiales;
- ▶ L'analyse des statistiques sur l'accès aux services et de l'état des listes d'attente;
- ▶ L'adoption du projet de création d'un laboratoire régional des troubles du sommeil;
- ▶ L'adoption du programme de lutte contre le cancer.

LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET LE TRAITEMENT DILIGENT DE LEURS PLAINTES

- ▶ L'adoption et l'analyse du rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- ▶ L'adoption et l'analyse du rapport annuel du comité des usagers.

L'UTILISATION ÉCONOMIQUE ET EFFICIENTE DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

- ▶ L'adoption de l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011;
- ▶ L'adoption du processus budgétaire et le suivi périodique des résultats;

- ▶ L'adoption et l'analyse du rapport du vérificateur externe;
- ▶ L'adoption du plan de conservation des équipements médicaux 2010-2013;
- ▶ Le suivi du plan directeur immobilier (PDI);
- ▶ Le suivi des projets de développement du Centre de recherche;
- ▶ L'adoption du plan de conservation et de fonctionnalités immobilières;
- ▶ L'adoption de la planification et le suivi des projets de construction.

EN LIEN AVEC LA PARTICIPATION, LA MOTIVATION, LA VALORISATION, LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

- ▶ L'identification des secteurs et des emplois névralgiques comportant des risques de pénurie de main-d'œuvre;
- ▶ Le suivi de l'évolution de la situation en ce qui concerne l'attraction et la rétention du personnel;
- ▶ L'analyse des impacts générés par les changements de pratiques et les changements technologiques sur le personnel;
- ▶ Le suivi des démarches entreprises afin de diminuer les heures supplémentaires obligatoires;
- ▶ Le suivi des programmes de reconnaissance du personnel.

EN LIEN AVEC LES CONTRATS DE SERVICES

- ▶ L'adoption de plusieurs ententes de collaboration et de services régionales et interrégionales.

LES COMITÉS DU CA

Suite à un exercice de révision de sa gouvernance, le CA adoptait en février 2009, des modifications aux règlements généraux de l'établissement, créant ainsi cinq nouveaux comités :

1. Le comité exécutif;
2. Le comité de la gouvernance et de l'éthique;
3. Le comité des ressources humaines;
4. Le comité des affaires universitaires et de l'innovation;
5. Le comité des ressources technologiques et immobilières.



Ces comités viennent s'ajouter aux comités existants définis par la loi, soit le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité de révision et le comité des usagers, ainsi qu'aux deux comités d'éthique, clinique et de la recherche.

COMITÉ EXÉCUTIF

Le comité exécutif voit à la bonne marche des affaires courantes de l'établissement entre les séances du conseil d'administration. Il n'y a pas eu lieu pour le comité exécutif de se réunir au cours de l'année. Les sujets urgents devant être traités entre les assemblées ordinaires du conseil d'administration l'ont été en assemblée extraordinaire.

COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

Durant l'année, le comité s'est réuni à cinq reprises. Ces réunions ont permis de discuter des enjeux cliniques et administratifs de même que des priorités découlant de l'obligation gouvernementale d'atteindre l'équilibre budgétaire. Après analyse des dossiers stratégiques, le comité a formulé des recommandations au conseil d'administration afin de s'assurer du respect des priorités et de l'atteinte des objectifs retenus dans le plan stratégique. Il a également assuré le suivi de l'entente de gestion.

Le suivi et l'évaluation des pratiques de gestion dans l'établissement, le départ du directeur général de même que la nomination d'un directeur général par intérim ont fait l'objet d'une attention soutenue du comité et des recommandations à cet effet ont été adressées au conseil d'administration. Les départs annoncés au sein du comité de direction ont également été des sujets particulièrement préoccupants pour les membres du comité.

De plus, des sujets en lien avec le fonctionnement optimal du conseil ont été discutés tels que le tableau de bord organisationnel du conseil d'administration, l'évaluation du nouveau modèle de gouvernance, la révision des règlements du conseil d'administration, le processus d'évaluation ainsi que le suivi du plan d'amélioration de la qualité du conseil d'administration.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Pour sa première année d'existence, le comité s'est réuni à trois reprises. Les membres du comité ont concentré leurs activités à prendre la mesure de leur mandat et à se doter d'une vision claire de la situation, des priorités et des activités qui ont cours en matière de gestion des ressources humaines, et ce, en lien avec les orientations stratégiques adoptées par l'Institut. À cette fin, les membres ont pris connaissance de plusieurs documents pertinents à leur mandat, permettant également d'accroître leur niveau de connaissance du portrait de la main-d'œuvre au sein de l'établissement.

Les membres du comité ont par ailleurs accordé une attention spéciale à l'orientation qui concerne la reconnaissance, qui est au cœur des préoccupations et des valeurs organisationnelles. C'est pourquoi le comité a reçu, commenté et fait cheminer au conseil d'administration un programme de reconnaissance comportant plusieurs activités réparties tout au long de l'année, dont la tenue d'un gala reconnaissance, incluant la remise du Prix d'excellence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, dont les règles d'attribution ont été revues.

COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

Durant l'année, le comité s'est réuni à trois reprises. Au cours de ces rencontres, les membres ont tenu des discussions et ont recommandé au conseil d'administration le renouvellement du contrat d'affiliation avec l'Université Laval. Le comité a analysé le rapport d'évaluation du FRSQ, le rapport annuel du comité d'éthique de la recherche ainsi que le rapport annuel du Centre de recherche. Il a analysé et recommandé le projet d'agrandissement (phase 4) du Centre de recherche. Il a également recommandé une restructuration et un renforcement de la Direction de l'enseignement universitaire. Finalement, il a discuté de l'état de situation de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé à l'Institut.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

Durant l'année, le comité s'est réuni à quatre reprises. Les membres ont concentré leurs discussions sur l'état d'avancement du plan directeur immobilier (PDI), du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) et du plan de conservation des équipements médicaux (PEM), sur le suivi des projets majeurs de construction et des projets de maintien d'actifs, sur la planification de l'exécution des projets de construction et plus particulièrement, sur les défis des prochaines années en matière de ressources technologiques et immobilières. Le comité a également suivi les travaux majeurs de rénovation du pavillon Rousseau.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification s'est réuni à quatre reprises au cours de l'exercice 2010-2011. Il a pris connaissance des résultats de la vérification externe, il a reçu le rapport des vérificateurs, il a étudié et analysé les états financiers récapitulatifs puis, il a recommandé leur approbation au conseil d'administration. Il a reçu et a examiné le rapport sur l'application de la politique relative à l'approvisionnement de biens et de services, les rapports sur le suivi périodique des résultats, le plan d'audit pour l'exercice en cours et il a recommandé la nomination des vérificateurs externes. De plus, les membres ont assuré le suivi des recommandations sur le contrôle interne et ils ont discuté du processus budgétaire 2011-2012 et du plan de redressement à mettre en place ainsi que de l'organisation du travail à la Direction des ressources financières en suivi d'un départ.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

En 2010-2011, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) était composé des membres suivants :

D^r Guy Proulx, président,
D^r Jacques Villeneuve, vice-président,
M^{me} Julie-A. Boisvert, secrétaire-trésorière,
D^r Sylvain Blanchet, 1^{er} conseiller,
D^{re} Gabriella Albert, 2^e conseillère,
D^r Carl Taillon, directeur général (jusqu'en janvier 2011),
M. Michel Delamarre, directeur général par intérim (mars 2011),
D^r Michel Piroux, directeur des services professionnels.

Sont également invités à siéger aux réunions du comité exécutif :

D^r Onil Gleeton, membre désigné du conseil d'administration (CA),
D^r Simon Martel, président sortant.

Durant l'année, le CECMDP de l'Institut s'est réuni à neuf reprises, a tenu une assemblée générale ordinaire le 8 décembre 2010 et une assemblée générale annuelle prévue le 1^{er} juin 2011. Dans le cadre de ses fonctions, le président du CMDP a assisté à plus de 45 autres rencontres.

DOSSIERS TRAITÉS PAR LE CECMDP

EFFECTIFS MÉDICAUX

Au Service de radiologie diagnostique, deux nouveaux médecins ayant terminé leur formation complémentaire se sont joints à l'équipe en cours d'année. Toutefois, une radiologue doit s'absenter de façon prolongée pour un congé de maladie et une autre travaillera à l'Institut à temps partiel pour supporter l'équipe en place. Les effectifs demeurent donc réduits. Par contre, une nouvelle radiologiste entrera en fonction en juillet prochain et, à l'automne 2011, quittera pour une formation postdoctorale de un an en imagerie thoracique (oncologie) et en angiographie invasive. Quant au volet angiographie vasculaire, on ne peut compter que sur un seul membre de ce service qui, lorsque absent, est remplacé à la pièce par le groupe d'intervention du CHUQ et du CHA. En ce qui a trait de la lecture et à la



transcription des examens radiologiques, on a vécu l'an dernier un retard considérable. Cependant, des efforts importants ont été consentis permettant le retour à des délais acceptables tant en ce qui a trait à la lecture qu'à la transcription des examens exécutés dans ce service. Toutefois, pour maintenir la cadence de lecture, comme le plan d'effectifs dans cette spécialité n'est pas complet, nous devons compter sur l'aide des radiologues des autres milieux.

En médecine d'urgence, malgré la création d'un département, nous faisons face à nouveau à une pénurie d'effectifs pour plusieurs raisons : deux congés de maladie, deux démissions et le spécialiste en urgence qui venait cesser ses activités chez nous. Une réunion s'est tenue avec le sous-comité de médecine d'urgence régionale pour obtenir de l'aide de la part des urgentologues régionaux. Des candidats sont rencontrés pour combler les postes vacants. Quant aux locaux de l'Urgence, il n'y a eu aucune amélioration, ce qui n'est pas facilitant pour le recrutement.

Concernant le Département de psychiatrie, la garde ne sera plus assurée par nos effectifs compte tenu que deux des trois psychiatres en place sont en fin de carrière. Les membres du Département régional de psychiatrie prendront donc la relève pour la couverture de la garde. On ne prévoit pas pouvoir recruter avant deux ou trois ans pour assurer la psychiatrie de liaison. La Ville de Québec est actuellement en manque d'effectifs et le recrutement dans cette spécialité y est assez restreint. Le dossier de la psychiatrie sera à suivre dans les prochaines années au regard de sa réorganisation et pour s'assurer que nos besoins spécifiques sont comblés dans ce domaine.

Les unités fermées de soins intensifs de chirurgie cardiaque sont en marche et fonctionnent très bien. La qualité de soins en a été améliorée pour la population qui nécessite ce type d'intervention.

Quant au Département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique, une entente de service a été signée et concrétisée avec le CHUQ - Hôpital St-François d'Assise. Un recrutement est à venir pour consolider cette entente.

En chirurgie bariatrique, il y a eu un recrutement. Le Dr Fady Moustarah s'est joint à l'équipe en cours d'année, ce qui permettra d'élargir les bases en recherche dans ce domaine.

Dans le Département des laboratoires de biologie médicale, un comité de mise en candidature a été formé en vue de nommer un nouveau chef de département. Il en est de même pour le Service de biochimie. En anatomopathologie, un membre de ce service a démissionné à l'automne 2010. Cependant, nous avons pu recruter un autre anatomopathologiste qui consolidera le profil de pratique développé dans notre établissement. De plus, trois ententes de service en télépathologie ont été conclues en 2010-2011.

SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Les délais de transcription au Service des archives médicales sont très longs. De plus, on note que depuis trois ans, ces délais s'allongent constamment, ce qui est dénoncé par plusieurs instances. La Direction a donc entrepris la planification d'une démarche, de concert avec les représentants du corps médical, visant à résorber les retards dans la transcription et à identifier et instaurer des mesures qui garantiront un fonctionnement respectant les délais acceptables tout en maintenant la qualité des services. Selon le plan d'action établi, le retour à la normale devrait être réalisé d'ici la fin 2011.

GESTION PAR PROGRAMMES

La cogestion clinico-administrative est amorcée. À ce stade, le système paraît un peu lourd. On vit un certain dédoublement des comités. Le nouveau directeur général, M. Michel Delamarre, entend y apporter les ajustements requis.

ORDONNANCES COLLECTIVES POUR LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE

Depuis plus de un an, le comité exécutif était en attente d'une réponse de la part du Collège des médecins du Québec (CMQ). En août dernier, le CMQ nous informait qu'une entente avait été signée entre le Ministère, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens et le CMQ concernant l'ajustement des médicaments par les infirmières dans le cadre d'une ordonnance collective en première ligne ou pour la clientèle ambulatoire.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Notre centre hospitalier a été touché par une éclosion de gastro-entérite chez la clientèle hospitalisée et naturellement, les employés. Par ailleurs, la situation est relativement stable en ce qui a trait au *Clostridium difficile* et au SARM.



ACTIVITÉS DURANT LA PÉRIODE DES FÊTES 2010-2011 ET LA PÉRIODE ESTIVALE 2011

Les activités pendant la période des Fêtes se sont déroulées relativement sans problèmes majeurs. Il y a eu toutefois plus d'achalandage que l'année précédente. Pour la période estivale 2011, la réduction des activités sera moindre qu'à l'été 2010.

GESTION DES LITS

En raison de la lourdeur de la clientèle qui consulte à l'Urgence, notre principale porte d'entrée, il y a souvent des débordements qui ralentissent les activités tant en hémodynamie qu'en électrophysiologie. Nous disposons d'une bonne équipe pour évaluer les patients en perte d'autonomie liée au vieillissement. Nous sommes cependant d'avis que l'ajout d'une travailleuse sociale réseau n'a pas amélioré l'efficacité du processus d'évaluation de cette clientèle mais l'a plutôt alourdi.

PLAINTES

Un total de 25 plaintes a été acheminé au médecin examinateur par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. La majorité des plaintes déposées a trait, à parts égales, à des problèmes de relations interpersonnelles et aux soins et services dispensés. Mentionnons que deux plaintes étaient demeurées non conclues au 31 mars 2009. Vingt-sept plaintes ont donc été analysées par le médecin examinateur en 2010-2011. De ce nombre, une seule plainte demeure non conclue. Aucune plainte par contre n'a nécessité la formation d'un comité de discipline. Le CECMDP s'est assuré de sensibiliser ses membres, soit par écrit ou lors des assemblées générales, au regard des recommandations formulées par le médecin examinateur dans certains dossiers.

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

En 2010, nous avons entrepris l'implantation de MAGIC. Celui-ci est relié à la plupart des systèmes d'information de l'établissement. Il reste toutefois quelques programmes importants à raccorder, ce qui représentera le prochain défi. L'information tirée de MAGIC permettra de connaître le coût réel de nos interventions et d'ajuster notre pratique.

PDI

Le réaménagement du pavillon Rousseau est en cours et une fois terminé, les nouveaux locaux permettront d'accueillir de nouvelles clientèles telles que les patients porteurs de fibrose kystique.

La troisième salle d'électrophysiologie est ouverte trois jours par semaine pour nous permettre de diminuer le temps d'attente. On convient qu'il s'agit là d'une salle temporaire. Toutefois, les problèmes d'effectifs demeurent : on doit recruter des électrophysiologistes et des anesthésiologistes étant donné que plusieurs de ces interventions sont faites sous anesthésie générale. Il en est de même pour le personnel de soutien.

INFORMATISATION

À part l'implantation du système MAGIC, il n'y a pas vraiment eu d'évolution dans ce dossier. Cependant, un comité médical informatique sous la gouverne du CECMDP a été mis sur pied et devrait entreprendre ses travaux au cours de la prochaine année. Ce comité formé de représentants des départements cliniques et de la Direction des ressources informationnelles et technologiques, aura entre autres pour mandat de faire des recommandations au CECMDP en ce qui a trait à la priorisation des demandes des médecins et à la sécurité informatique.

NOUVELLE POLITIQUE ALIMENTAIRE

Le CMDP a approuvé la nouvelle politique alimentaire qui est en voie d'implantation et qui vise à offrir des mets respectant le Guide alimentaire canadien dans notre institution, tant à la cafétéria qu'au casse-croûte, incluant même les machines distributrices.

NOMINATIONS (JUILLET 2010 À JUIN 2011)

Le comité exécutif a recommandé au CA les nominations suivantes :

Membres actifs :

- D^r Jonathan Beaudoin, Service de cardiologie (07/2012*)
- D^r Philippe Gervais, Service de microbiologie et mycobactériologie (07/2012*)
- D^r Frédéric Jacques, Service de chirurgie cardiaque (07/2013*)
- D^{re} Catherine Lalonde, Service de radiologie diagnostique (07/2011*)
- D^{re} Caroline Minville, Service de pneumologie (10/2011*)
- D^r Siamak Mohammadi, Service de chirurgie cardiaque (11/2010)
- D^r Fady Moustarah, Service de chirurgie générale (12/2010)
- D^r Sylvain Pagé, Service d'anatomopathologie et cytologie (02/2011)
- D^{re} Louise Vigneault, Département d'anesthésiologie (07/2012*)

*Date prévue d'entrée en fonction

Membres associés :

- D^r Jean Archambault, Service de pneumologie (*radio-oncologie*)
- D^{re} Marie-Noëlle Corriveau, Service d'oto-rhino-laryngologie
- D^r Marc Desmeules, Service de pneumologie [02/2011 à 10/2011]
- D^r Pierre Douville, Service de biochimie
- D^{re} Mélanie Gaudreault, Service de pneumologie (*radio-oncologie*)
- D^r Jean-François Larouche, Service d'hématologie
- D^{re} Marie-Claire Lemay, Département de médecine générale (08/2011*)
- M. Vincent Leclerc, Département de pharmacie (07/2011*)
- D^r Jean-Philippe Vézina, Service d'oto-rhino-laryngologie

* Date prévue d'entrée en fonction

ENTRÉES EN FONCTION 2010-2011

Les membres suivants ont débuté leur pratique à l'IUCPQ en cours d'année :

- D^{re} Luce Cantin, Service de radiologie diagnostique (07/2010)
- D^r Médéric Claude-Desroches, Service de radiologie diagnostique (11/2010)
- D^{re} Geneviève Dion, Service de pneumologie (07/2010)
- D^{re} Kim O'Connor, Service de cardiologie (07/2010)
- D^r Siamak Mohammadi, Service de chirurgie cardiaque (11/2010)
- D^r Fady Moustarah, Service de chirurgie générale (12/2010)
- D^r Sylvain Pagé, Service d'anatomopathologie et cytologie (02/2011)

DÉMISSIONS

Membres actifs :

- D^r Marc Desmeules, Service de pneumologie
- D^{re} Julie Marois, Département de médecine d'urgence
- D^{re} Melanie Sackett, Service d'anatomopathologie et cytologie

Membres associés :

- D^{re} Édith Bordeleau, Service de radiologie diagnostique
- D^{re} Macha Bourdages, Service de chirurgie cardiaque (*pédiatrie soins intensifs*)
- D^r Julien Cossette, Service de chirurgie cardiaque (*assistance opératoire*)
- D^r Guillermo A. Delmonte, Service de chirurgie cardiaque (*assistance opératoire*)
- D^r Marc-André Dugas, Service de chirurgie cardiaque (*pédiatrie soins intensifs*)
- M^{me} Marie-Pier Fournier, Département de pharmacie
- D^{re} Josée-Anne Gagnon, Service de chirurgie cardiaque (*pédiatrie soins intensifs*)
- D^r Léon Rousseau, Service de radiologie diagnostique

Membres conseils :

- D^{re} Catherine Jobin, Service de pneumologie
- D^r Pierre Léveillé, Service de radiologie diagnostique
- D^{re} Livia Montalin, Département de chirurgie



MODIFICATIONS DE STATUT

De membre actif à membre associé :

D^r Charles-Érick Augustin

D^r Gilles Dagenais

D^r Patrice Deslauriers

D^r Jacques Harbour

De membre associé à membre conseil :

D^r Jean-Claude Côté

D^r Picard Marceau

Les effectifs médicaux du CMDP

En date du 31 mars 2011

Membres actifs : 170

Médecins : 149

Pharmaciens : 21

Membres associés : 60

Médecins : 51

Pharmaciens : 7

Dentistes : 2

Membres conseils : 55

Médecins : 54

Dentiste : 1

Membres honoraires : 23

Médecins : 20

Pharmaciens : 3

TOTAL : 308

COMITÉS DU CMDP

PRÉSIDENTS

Comité ad hoc consultatif en soins intensifs

D^r Mathieu Simon

Comité ad hoc sur le recrutement des effectifs médicaux

D^r Guy Proulx

Comité d'examen des titres

D^r Bruno Raby

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

D^r Rosaire Vaillancourt

Sous-comité des dossiers

D^r Stéphane Rioux

Comité de médecine transfusionnelle

D^r François Dubé

Comité de pharmacologie

D^r Jacques La Forge

Comité de promotion de vie sans fumée

D^{re} Joanne Provencher

Comité de réanimation cardiorespiratoire

D^r Mathieu Simon

Comité médical consultatif

D^r Guy Proulx

Comité de promotion du don d'organes

D^r Mario Sénéchal

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

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Guy Proulx, M.D.

Président du conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens



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



Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP) a tenu, comme prévu, cinq réunions de deux heures chacune, les 27 septembre, 22 novembre 2010, 17 janvier, 21 mars et 16 mai 2011.

Plusieurs sujets ont été débattus au cours de l'année. Parmi ceux touchant l'amélioration de la qualité de l'acte, notons une étude déposée par le Service de pneumologie sur la concordance entre les critères de thromboprophylaxie et la thromboprophylaxie, effectivement prescrite chez les patients nouvellement hospitalisés. Avant le programme intégré, le taux de prescriptions était inférieur à 50 % et il dépassait, lors de l'étude contrôle, les 80 %, ce qui, comparativement à la littérature consultée, était supérieur aux moyennes rapportées.

Quelques dossiers en rapport avec des complications et une évolution défavorable ont été spécifiquement étudiés après consultation des rapports des services et sous-services concernés. À la suite de ce processus qui a nécessité quelques réunions, des recommandations ont été adressées au comité exécutif du CMDP. Parmi celles-ci, nous avons diffusé des informations pertinentes entre autres à l'Urgence et en médecine interne, à la demande du coroner en chef, en suivi d'accidents survenus ailleurs. Nous avons également contribué à diffuser un organigramme d'évaluation de traumatismes crâniens chez les patients anticoagulés, par exemple en cas de chute à l'hôpital. Nous avons, de plus, constaté une standardisation de prescriptions de surveillance des patients par des agents de sécurité, dans le but d'en améliorer la qualité.

Les membres du CEMDP ont été également sensibilisés à la situation difficile qu'a vécu le personnel du Service des archives médicales, à la suite du départ de plusieurs archivistes, pertes que l'on est actuellement à combler. Nous nous sommes réjouis également de la spectaculaire amélioration des délais de transcription des rapports de radiologie, ce qui permettra de mieux se conformer à notre responsabilité, quant au suivi des examens.

Il nous est apparu difficile de se conformer aux recommandations formulées par le médecin examinateur et transmises par lettre aux membres par le président du CMDP. On y mentionnait que chaque médecin est responsable d'obtenir rapidement les résultats de tous les examens qu'il demande, et ce, même si les rapports ne sont pas facilement disponibles. Nous trouvons cette exigence très difficile à remplir, voire irréaliste. Il pourrait devenir intéressant, soit au niveau du comité exécutif ou, éventuellement, lors d'une assemblée générale annuelle, de se questionner sur l'impact médico-légal de cette recommandation sur notre pratique.

Puisque les soins intensifs deviennent une spécialité, nous avons jugé utile qu'un représentant des intensivistes soit ajouté au CEMDP.

En terminant, comme je quitte la présidence du CEMDP, j'aimerais remercier vivement les membres qui y ont contribué activement, tant par leur participation assidue que par l'exécution de leurs tâches préparatoires pour chaque réunion lorsque des documents étaient à réviser et à présenter. La qualité qui ressort de ce comité est vraiment un succès collectif. La docteure Sophie St-Onge, anesthésiologiste, membre du comité depuis déjà plusieurs années, prendra la relève à la présidence pour la prochaine année. Je la remercie et je l'assure de mon soutien.

Je réitère, au nom des membres du CEMDP, notre intérêt à analyser tout dossier d'amélioration de la qualité de l'acte qui peut être acheminé par les différents représentants ou soumis directement à la présidente.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Rosaire Vaillancourt, M.D., FRCS(C)
Président du CEMDP

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie 2010-2011 était formé des membres suivants :

D^r Jacques La Forge, président
D^r Mathieu Bernier, cardiologue
D^{re} Isabelle Kirouac, interniste
M^{me} Johanne Morin, secrétaire du comité, chef du département de pharmacie
D^r François Parent, anesthésiologiste
M^{me} Isabelle Perreault, infirmière clinicienne en cardiologie
D^r Michel Piraux, directeur des services professionnels
M^{me} Julie Racicot, pharmacienne
D^{re} Marie Roy, omnipraticienne de l'urgence
M^{me} Audrey Vachon, pharmacienne

Au cours de l'année 2010-2011, le comité de pharmacologie a été très actif et s'est réuni à sept reprises. Le taux moyen de participation a été de 66 %. Au cours de l'année, 13 ordonnances collectives, quatre protocoles, quatre feuilles d'ordonnance individuelle et médicale et 23 règles d'utilisation des médicaments (RUM) ont été présentés et discutés au comité de pharmacologie. Nous avons aussi étudié sept nouveaux médicaments, dont quatre ont été ajoutés à notre formulaire hospitalier et deux ont fait l'objet d'une acceptation conditionnelle.

I. ORDONNANCES COLLECTIVES

- OC-027 : Contrôle d'une hyperglycémie de novo en postopératoire de chirurgie cardiaque;
- OC-066 : Contrôle glycémique des usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure (exception PET Scan);
- OC-090 : Arrêt temporaire de la warfarine en préopératoire de chirurgie cardiaque;
- OC-148 : Traitement de l'acidose métabolique chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;
- OC-149 : Traitement des dyslipidémies chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;
- OC-150 : Traitement des troubles minéraux et osseux associés aux maladies rénales chroniques chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;

- OC-151 : Utilisation de la darbépoétine (Aranesp^{md}) chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;
- OC-152 : Utilisation de l'érythropoïétine (Eprex^{md}) chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;
- OC-153 : Utilisation du sulfate ferreux per os et du fer sucrose IV (Venofer^{md}) chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale;
- OC-154 : Gestion d'un épisode d'hypoglycémie pour toute clientèle;
- OC-128 : Initier la thérapie de remplacement à la nicotine (TRN) (modification apportée);
- Normalisation de la tension artérielle chez les usagers de la clinique d'insuffisance rénale (cette ordonnance est abandonnée);
- OC-158 : Traitement des troubles minéraux et osseux chez les usagers ayant subi une dérivation biliopancréatique (DBP) et suivis à la clinique d'insuffisance rénale.

2. PROTOCOLES

- PRO-094 : Protocole d'utilisation du ténecteplase (TNKase^{md}) dans la thromolyse coronarienne;
- PRO-153 : Protocole d'utilisation de l'altéplase (Activase^{md}) en embolie pulmonaire;
- PRO-154 : Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline;
- PRO-157 : Protocole d'utilisation de l'argatroban dans la thrombocytopénie secondaire à l'héparine.

3. FEUILLES D'ORDONNANCE

- Ordonnance individuelle standardisée – Doses de base d'insuline sous-cutanée et hypoglycémisants oraux;
- Ordonnance individuelle standardisée – Échelle d'insuline sous-cutanée;
- Ordonnance individuelle standardisée - Chirurgie thoracique pulmonaire postopératoire;
- Ordonnance médicale – Hémodiafiltration sans anticoagulation.



4. RÈGLES D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (RUM)

- RUM 001 : Médication cardiovasculaire;
- RUM 002 : Anticoagulants chez les usagers du programme de chirurgie cardiaque;
- RUM 003 : Hypolipémiants (Règle refusée, doit être représentée ultérieurement);
- RUM 004 : Antiplaquettaires chez les usagers du programme de santé cardiovasculaire;
- RUM 005 : Diurétiques chez les usagers du programme de chirurgie cardiaque;
- RUM 006 : Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP);
- RUM 007 : Antiémétiques;
- RUM 008 : Represcription des médicaments;
- RUM 009 : Amiodarone (Cordarone^{md}) intraveineuse;
- RUM 010 : Antifongiques topiques;
- RUM 012 : Anxiolytiques et sédatifs;
- RUM 016 : Analgésiques;
- RUM 019 : Bronchodilatateurs;
- RUM 020 : Vitamine K;
- RUM 021 : Arrêt tabagique – Timbres de nicotine et Champix;
- RUM 022 : Nitrates (a été intégrée dans RUM 001);
- RUM 025 : Potassium (KCl);
- RUM 026 : Suppléments ferriques;
- RUM 027 : Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS);
- RUM 036 : Médication cardiovasculaire – Traitement de l'insuffisance cardiaque;
- RUM 037 : Médication cardiovasculaire – traitement antihypertenseur et anti-angineux chez l'usager atteint d'insuffisance cardiaque;
- RUM 038 : Diurétiques chez la clientèle d'insuffisance cardiaque;
- RUM 039 : Represcription des médicaments en insuffisance cardiaque.

5. ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

Trois médicaments ont été acceptés et ajoutés au formulaire hospitalier sans condition :

- **Saxagliptine (Onglyza^{md})**; un inhibiteur de la DDP-4 qui augmente l'activité incrétine
- **Ergocalciférol (Stérogyl^{md})**; un analogue de la vitamine D
- **Thiosulfate de sodium (TSS)**; indiqué dans le traitement de la calciphylaxie

Trois autres médicaments ont été acceptés, sous certaines conditions :

DABIGATRAN (PRADAX^{MD})

Ce médicament est indiqué dans la prévention de l'AVC et de l'embolie systémique chez les patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire devant recevoir une anticoagulothérapie. En raison de son coût plus élevé que celui de la warfarine (Coumadin^{md}) et de son statut «non au formulaire» de la RAMQ, le comité de pharmacologie accepte le médicament à condition que le médecin traitant s'assure auprès de la compagnie d'assurances du patient du remboursement de cette médication ou qu'il fasse les démarches auprès de la RAMQ afin que le médicament soit autorisé sous forme de « patient d'exception » avant de le prescrire.

PRASUGREL (EFFIENT^{MD})

Ce médicament est un antiplaquettaire et est indiqué dans la prévention secondaire précoce et à long terme des événements athérombotiques chez les patients traités par une intervention coronarienne percutanée (ICP) dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu (SCA). Le comité de pharmacologie recommande que le prasugrel (Effient^{md}) soit accepté au formulaire hospitalier dans le traitement de l'infarctus avec élévation du segment ST sous condition que les hémodynamiciens et/ou les cardiologues de l'unité coronarienne établissent par écrit une logistique de la prescription afin d'assurer la prescription sécuritaire du prasugrel (Effient^{md}). De plus, le comité de pharmacologie maintient les indications approuvées antérieurement (thrombose de tuteur et réaction allergique) avec un suivi qui sera fait par la pharmacienne de l'hémodynamie.

DEXMÉDÉTOMIDINE (PRÉCÉDEX^{MD})

La dexmédétomidine est indiquée dans la sédation de patients en soins intensifs et dans la sédation consciente de patients. En raison de son coût élevé, le comité de pharmacologie recommande son acceptation sous condition que les anesthésiologistes et intensivistes précisent les indications afin de mieux encadrer son utilisation et s'engagent à réévaluer les indications après 25 cas.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

6. REFUS D'ADDITION À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

IVABRADINE (CORALAN^{MD})

Il s'agit d'un antiarythmique unique qui n'est pas commercialisé au Canada. Il est présentement disponible par l'intermédiaire du Programme d'Accès Spécial (PAS) canadien. La compagnie Servier ne peut donner une date de commercialisation pour le produit mais le dossier est déposé auprès de Santé Canada. L'ivabradine (Coralan^{MD}) est indiqué dans le traitement d'atteintes cardiaques symptomatiques pour lesquelles une réduction de la fréquence cardiaque est souhaitable chez les patients en rythme sinusal et pour qui l'usage des bêta-bloquants ou des bloquants calciques non dihydropyridines est insuffisant à dose optimale, contre-indiqué ou mal toléré. Il est indiqué pour l'angine stable chronique, l'insuffisance cardiaque et la tachycardie sinusale inappropriée. En raison de son coût élevé, seuls les patients qui étaient déjà sous cette médication pourront continuer à l'obtenir par l'intermédiaire du Programme Pas. Le comité de pharmacologie recommandera son acceptation lorsqu'il sera disponible au Canada et que les coûts pourront être assumés par la RAMQ. Il devra être présenté de nouveau ultérieurement.

7. AUTRE SUJET

Nous avons retiré de notre formulaire la rosigitazone (Avandia^{MD}) en suivi d'un communiqué de Santé Canada, émis en raison de renseignements nouveaux sur l'innocuité cardiovasculaire. Le comité a proposé qu'une substitution automatique par Actos^{MD} soit faite par le département de pharmacie.

CONCLUSION

L'année 2010-2011 a permis la continuité des activités réalisées lors des années précédentes. Plusieurs règles d'utilisation des médicaments, protocoles, feuilles d'ordonnance et ordonnances collectives ont été révisés et acheminés au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, pour approbation.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Jacques La Forge, M.D.
Président

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

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est constitué des infirmières et des infirmiers-cadres et syndiqués, soit près de 1 200 membres. Les membres du comité exécutif du CII pour l'année 2010-2011 sont :

MEMBRES ÉLUS

- ▶ M^{me} Isabelle Perreault, conseillère clinicienne en soins infirmiers, présidente
- ▶ M^{me} Louise Michaud, infirmière de liaison, vice-présidente
- ▶ M^{me} Élisabeth Robert, infirmière-chef du 5^e pavillon Central, secrétaire
- ▶ M^{me} Geneviève Gagnon, infirmière clinicienne au Centre de soins de jour, agente de communication
- ▶ M^{me} Mélanie Bélanger, assistante infirmière-chef au 3^e pavillon Central, agente de communication
- ▶ M^{me} Bianca Paquet Bolduc, infirmière clinicienne équipe volante, priorité prévention et contrôle des infections, agente de communication par intérim

REPRÉSENTANT AU REGROUPEMENT RÉGIONAL DES CII

- ▶ M. Maxime Morency, infirmier clinicien au Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile

REPRÉSENTANTS DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

- ▶ M^{me} Renée Réhaume, infirmière auxiliaire au 3^e pavillon Notre-Dame (jusqu'en novembre 2010)
- ▶ M^{me} Carine Vézina, infirmière auxiliaire au 4^e pavillon Central, côté Ouest, présidente du CIAA
- ▶ M^{me} Isabelle Croteau, infirmière auxiliaire au 2^e pavillon Notre-Dame
- ▶ M^{me} Charlène Germain-Cameron, infirmière auxiliaire, équipe volante

MEMBRES D'OFFICE

- ▶ M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers
- ▶ D^r Carl Taillon, directeur général (jusqu'en janvier 2011)
- ▶ M. Michel Delamarre, directeur général par intérim (mars 2011)

MEMBRE INVITÉ

- ▶ M^{me} Danielle Rodrigue, adjointe à la Direction de l'enseignement universitaire, désignée membre au conseil d'administration par le CII.

FAITS SAILLANTS DES TRAVAUX DU CII

Le comité exécutif du CII a tenu neuf réunions ordinaires et neuf séances de travail au cours de l'année, en plus de l'Assemblée générale annuelle, tenue le 21 avril 2010. Les résultats des objectifs annuels du CECII sont :

1. COLLABORER À LA RÉALISATION DES TRAVAUX DE LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI) DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PAR PROGRAMMES

Les membres du CECII ont été impliqués dans la planification de l'inspection professionnelle par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et dans l'élaboration du plan d'amélioration continue, dont le suivi fait l'objet d'un point statutaire à chaque rencontre de l'exécutif. À titre de collaborateur de la Direction des soins infirmiers, le CECII a également participé au comité de mise en place du plan de redressement budgétaire et il a traité ce sujet de façon récurrente lors de ses rencontres.

2. SOUTENIR LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, LA DIRECTION DE LA COORDINATION DES PROGRAMMES ET LA DIRECTION DES SERVICES MULTICLIENÉES DANS LA CONSOLIDATION DU MODE DE DISTRIBUTION DE SOINS

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

- ▶ intégration des infirmières auxiliaires en ambulatoire, à l'Urgence et en chirurgie d'un jour;
- ▶ révision des processus de documentation pour une plus grande efficacité;
- ▶ révision des processus et de l'organisation dans différents secteurs.

Les membres de l'exécutif ont notamment été consultés quant à l'organisation du travail en hémodynamie (pré et

postprocédure), l'arrivée des infirmières auxiliaires au Centre de soins de jour, à l'Urgence et aux cliniques spécialisées de pneumologie, l'évaluation des rôles et responsabilités des agents de sécurité, des préposés aux bénéficiaires et des aides de service, ainsi que les travaux organisationnels visant l'élimination des heures supplémentaires obligatoires.

3. PARTICIPER ACTIVEMENT AUX INITIATIVES VISANT LA CONSOLIDATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AVEC LES AUTRES CONSEILS PROFESSIONNELS

Le CECII a participé à la mise en place du groupe de pratiques professionnelles. La présidente du CII siège désormais à ce groupe, au même titre que les présidents du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et du conseil multidisciplinaire (CM). Le CECII a également collaboré au projet proposé par le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Plus précisément, la secrétaire du CECII a assuré la coordination de la réalisation du sondage préliminaire à la démarche du RCPI et la présidente du CII s'est engagée au sein du comité scientifique de ce réseau. De plus, le CECII s'est intéressé aux résultats du sondage et a collaboré à la planification de la démarche de développement des compétences interprofessionnelles au sein de notre établissement. Enfin, en collaboration avec la Direction des services professionnels et le CM, le CECII a procédé à la révision du processus d'élaboration et d'acceptation des ordonnances collectives et protocoles.

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

Les règles de soins infirmiers (RSI) suivantes ont été approuvées par le CECII :

- ▶ RSI-001 Vaccination contre l'influenza saisonnière (révision);
- ▶ RSI-004 Prévention, évaluation et traitement des plaies de pression;
- ▶ RSI-005 Gestion de la douleur.

La RSI-001 a été diffusée par la Direction des soins infirmiers (DSI) et mise en application lors de la campagne de vaccination 2010-2011 contre l'Influenza. La RSI-004 fait, quant à elle, l'objet de corrections finales et elle sera ensuite diffusée et mise en application avec l'aide du secteur clinique de la DSI. Enfin, la



RSI-005 est en processus final d'approbation au sein de la DSI. Avec l'introduction d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à la clinique d'insuffisance cardiaque, la DSI a procédé à la révision des règles d'utilisation des médicaments et des règles de soins médicaux. Ainsi, le CECIL a revu et approuvé les documents suivants, en lien avec la pratique des IPS en cardiologie :

- ▶ Règles de soins médicaux (RSM)
 - RSM-1 Prescription des médicaments;
 - RSM-2 Prescription d'examen diagnostiques;
 - RSM-3 Techniques diagnostiques, techniques médicales, traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice;
 - RSM-4 Prescription des traitements médicaux.
- ▶ Règles d'utilisation des médicaments (RUM)
 - RUM-001 Médication cardiovasculaire;
 - RUM-002 Anticoagulants;
 - RUM-004 Antiplaquettaires;
 - RUM-005 Diurétiques;
 - RUM-006 Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine;
 - RUM-007 Antiémétiques;
 - RUM-008 Represcription de médicaments;
 - RUM-009 Amiodarone;
 - RUM-011 Antifongiques;
 - RUM-012 Anxiolytiques et sédatifs;
 - RUM-014 Polystyrène (Kayexalatemd);
 - RUM-016 Analgésiques;
 - RUM-018 Traitement de l'infection urinaire basse (cystite) en chirurgie cardiaque;
 - RUM-019 Bronchodilatateurs;
 - RUM-020 Vitamine K;
 - RUM-021 Arrêt tabagique (timbre de nicotine);
 - RUM-022 Nitrates;
 - RUM-025 Suppléments électrolytiques;
 - RUM-026 Suppléments ferriques;
 - RUM-027 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS);
 - RUM 036 Médication cardiovasculaire – traitement de l'insuffisance cardiaque;
 - RUM 037 Médication cardiovasculaire – traitement antihypertenseur chez l'utilisateur atteint d'insuffisance cardiaque;

- RUM 038 Diurétique chez la clientèle d'insuffisance cardiaque;
- RUM 039 Represcription des médicaments en insuffisance cardiaque.

Ces règles de soins et d'utilisation ont été adoptées par le conseil d'administration de l'IUCPQ, après recommandation du CII et du CMDP. Elles ont ensuite été diffusées par la DSI.

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

- ▶ Protocoles médicaux (PRO)
 - PRO 153 Protocole d'utilisation de l'altéplase dans l'embolie pulmonaire;
 - PRO 154 Protocole d'utilisation d'une perfusion intraveineuse d'insuline.
- ▶ Ordonnances collectives (OC)
 - OC 34 Hydratation au NaCl 0,9 %, à l'acétylcystéine (Mucomyst^{md}) et au bicarbonate de sodium (NaHCO₃) chez les usagers à risque de néphropathie induite par les substances de contraste à base d'iode en imagerie médicale;
 - OC 154 Gestion d'un épisode d'hypoglycémie pour toute clientèle;
 - OC 155 Gestion de la glycémie des usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure autre qu'une chirurgie ou un TEP Scan;
 - ----- Préparation et surveillance postprocédure des usagers ayant à subir une procédure en hémodynamie;
 - ----- Routine d'admission et suivi en cours d'hospitalisation des usagers admis en syndrome coronarien aigu.
- ▶ Ordonnances individuelles standardisées (OIS)
 - Chirurgie thoracique pulmonaire postopératoire;
 - Doses de base d'insuline sous-cutanée et hypoglycémiantes oraux;
 - Échelle d'ajustement de l'insuline sous-cutanée.

5. COLLABORER À LA FORMATION CONTINUE DES INFIRMIÈRES

Le CECII a, cette année, tenté de joindre les infirmières des quarts de travail de soir et de nuit en offrant des dîners cliniques à 17 h 30 et à 22 h, en plus des séances habituelles du midi. Une évaluation de cette initiative et du taux de participation à ces séances a permis de constater que l'heure du souper convient bien au personnel de soir et qu'il serait approprié de répéter l'expérience. Toutefois, vu le faible taux de participation lors des séances de fin de soirée, il a été convenu de ne pas poursuivre les dîners cliniques de nuit. La satisfaction et la participation des membres du CII ont quant à elles été très élevées lors des séances du midi. Voici les thèmes abordés cette année dans le cadre des dîners cliniques :

- ▶ Le soin de plaies : une fois pour toutes!
- ▶ L'intégration des infirmières enceintes aux équipes de soins;
- ▶ La gestion dynamique de la douleur périopératoire;
- ▶ L'*advocacy* infirmier auprès de clientèles en fin de vie.

De plus, en lien avec l'orientation prise par l'OIIQ d'encourager ses membres à obtenir annuellement un nombre minimal de crédits de formation continue, afin de maintenir leur pratique à jour, des discussions ont eu lieu au sein du CECII quant à la possibilité d'obtenir des crédits de formation lors de certains dîners cliniques. Des démarches pourront être envisagées en cours d'année 2011-2012, lorsque les critères de reconnaissance de crédits seront établis par l'OIIQ.

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

Tout d'abord, afin de souligner la semaine de l'infirmière auxiliaire, un dîner-causerie a eu lieu le 7 mai 2010, où les membres du CECII, M^{me} Diane Benoît, directrice des soins infirmiers, ainsi que le D^r Carl Taillon, directeur général, conviaient les infirmières auxiliaires de l'établissement à venir échanger sur leurs préoccupations professionnelles. L'événement a permis aux infirmières auxiliaires présentes de signifier leur volonté de s'impliquer au sein du comité

des infirmières et infirmiers auxiliaires de l'UUCPQ. Parmi les activités de la semaine de l'infirmière ayant retenu l'attention figurent :

- ▶ La tournée des unités de soins et services, sur chaque quart de travail, par les membres du CECII, afin d'offrir une plante fleurie en guise de reconnaissance;
- ▶ La tenue de kiosques d'information pour la profession infirmière ainsi que deux stations de massothérapie à la disposition des infirmières;
- ▶ La tenue du Cocktail reconnaissance du CII, au cours duquel le prix reconnaissance Louise-Jobin a été remis à M^{me} Danielle Beaudoin, coordonnatrice du Programme de transplantation et d'insuffisance cardiaque. La troupe *Parmi elles*, dirigée par M^{me} Hélène Gagné, a divertifié l'assistance avec différentes prestations artistiques. De plus, le comité relève s'est joint à cette soirée afin d'honorer deux infirmières par la remise de prix soit, à une infirmière de la relève, M^{me} Sandra Poulin, infirmière au 6^e PC, et un prix Mentor à M. Christian Godbout, infirmier clinicien au 3^e SI.

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

Le 11 novembre 2010, M^{me} Diane Benoît et le CECII conviaient les infirmières auxiliaires de notre établissement à élire trois représentantes afin de constituer l'exécutif du CIIA. M^{mes} Carine Vézina (4^e Ouest), Isabelle Croteau (2^e ND) et Charlene Germain-Cameron (équipe volante) ont ainsi été élues pour un mandat de deux ans. Par ailleurs, M^{me} Diane Levasseur, directrice des pratiques professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), a participé à une séance de travail avec les membres du CIIA afin de clarifier leur mandat. C'est à cette occasion que M^{me} Carine Vézina a été nommée présidente du CIIA. De plus, pour faciliter leur intégration, les membres de l'exécutif du CIIA ont choisi de se joindre à ceux du CECII plutôt que de constituer une entité distincte. Enfin, l'établissement a reçu l'annonce d'une visite d'inspection professionnelle par l'OIIAQ les 16, 17 et 18 mai 2011. À cet égard, les membres du CIIA ont été sollicités pour la préparation de cette visite.



AUTRES ACTIVITÉS DU CII

À l'instar des années précédentes, près de trente représentants du CII ont siégé cette année à différents comités de l'IUCPQ. La présidente du CECII participe aux réunions du comité consultatif à la direction générale (CCDG), du comité de coordination de la Direction des soins infirmiers (CCDSI), du comité de gestion des risques et elle siège à titre de représentante du CECII à la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale. Une présentation du rôle et des mandats du CII est également effectuée à l'embauche auprès de chaque nouvelle cohorte d'infirmières et infirmières auxiliaires par la présidente du CECII, dans le cadre du programme d'orientation. Pour l'année 2010-2011, le CECII a également donné son avis sur les dossiers suivants :

- Modifications à la feuille d'administration des médicaments;
- Politique de gestion des événements sentinelles;
- Politique relative aux modalités régissant l'activité réservée aux infirmières d'initier des mesures diagnostiques hors établissement;
- Projet MAGIC;
- Bilan comparatif du médicament;
- Processus d'élaboration et d'acceptation des protocoles et ordonnances collectives;
- Politique alimentaire;
- Projet de révision des mandats du CCDG, CCAC et Table des chefs de département clinique;
- Plan de cheminement clinique syndrome coronarien aigu;
- Gestion optimale de la glycémie et sécurité du médicament;
- Procédure relative à l'introduction d'une nouvelle technologie;
- Procédure relative à l'utilisation du laboratoire d'enseignement.

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

En conclusion, 2010-2011 aura été une année fort occupée pour les membres du CECII qui auront eu à s'impliquer dans d'importants dossiers organisationnels et prioritaires pour l'avancement de la pratique infirmière. Les membres du CECII ont fait preuve d'un sens critique exemplaire et d'un engagement notoire tout au long de l'année, et ce, malgré la courte expérience de plusieurs membres dans ce type de fonction. Le CII de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec compte demeurer disponible et impliqué auprès de ses membres, afin de collaborer à une prestation de soins infirmiers de qualité et à un développement optimal de la pratique infirmière.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Isabelle Perreault, conseillère clinicienne en soins infirmiers
Présidente du conseil des infirmières et infirmiers

ADOPTÉ PAR LE CECII LE 29 MARS 2011
PRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
LE 13 AVRIL 2011

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

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

MEMBRES ÉLUS

Présidente : M^{me} Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie

(Vice-présidente) : M^{me} Lina Guérard, nutritionniste, en remplacement de Mélanie Maltais, nutritionniste

Secrétaire et membre élu au conseil d'administration : M. Serge Simard, biostatisticien

Agente de communication : M^{me} Cassiopée Paradis-Gagnon, coordonnatrice en thérapie respiratoire

M^{me} Valérie Langlois, physiothérapeute

REPRÉSENTANTES À LA CMUR (MEMBRES COOPTÉS)

(Vice-présidente) M^{me} Annie Lafontaine, technologiste médicale, responsable des comités de pairs

M^{me} Anne St-Laurent, intervenante en service social

MEMBRES D'OFFICE

D^r Carl Taillon, directeur général (jusqu'en janvier 2011),

M. Michel Delamarre, directeur général par intérim (mars 2011)

M^{me} Isabel Roussin-Collin, directrice à la coordination des programmes

RÉUNIONS

Le comité exécutif s'est réuni à quatre reprises en plus de l'assemblée générale annuelle 2009-2010, tenue le 2 juin 2010. Les rencontres de travail se font habituellement de façon hebdomadaire, de septembre à juin.

COMITÉS DE PAIRS

Trois comités de pairs ont été initiés par le CM.

Sujet : Mise à jour de documents d'enseignement post-chirurgie de l'œsophage et digestive

Équipe : Nutrition clinique

Résultat : A permis l'amélioration des outils d'enseignement quant à la progression de l'alimentation

Sujet : Développement de programmes d'entraînements à domicile selon les problèmes de santé et équipements disponibles à la maison

Équipe : PPMC

Résultat : A permis d'offrir à tous les éducateurs un éventail de programmes d'entraînement à domicile.

Sujet : Prise en charge nutritionnelle des plaies de pression

Équipe : Nutrition clinique

Résultat : A permis d'instaurer un protocole visant la détermination des besoins protéiques, énergétiques, hydriques et en micronutriments en considérant les données probantes.

PRINCIPAUX AVIS DU CM - DOCUMENTS RECOMMANDÉS SANS OU AVEC PROPOSITIONS MINEURES

Directive relative à l'utilisation des formulaires de signes vitaux : suivi fait le 12 mai 2010 à la Direction des soins infirmiers (DSI) et appui de l'implantation suite au projet pilote de la DSI en date du 27 septembre 2010

Politique alimentaire : suivi fait le 25 janvier 2011 au Service de nutrition clinique

Politique et plan de mise en place du bilan comparatif du médicament : suivi fait le 2 juin 2010 à la présidente du conseil des infirmiers et infirmières (CII)

Politique DSI-002 et procédures PR-002-1 / PR-002-2 relatives au circuit du médicament ainsi qu'aux chariots de distribution : suivi fait le 14 juin 2010 à la DSI

Protocoles 051A, 051B, 051C : suivi fait le 12 novembre 2010 au Service d'imagerie médicale

Révision de l'algorithme relatif à la séquence d'élaboration et de validation des ordonnances collectives et des protocoles médicaux : révision en collaboration avec les représentants des trois Conseils (CII, CM et CMDP). Suivi fait le 24 septembre 2010 à la Direction des services professionnels (DSP). Le nouvel algorithme devrait être implanté au cours de l'année.



FAITS SAILLANTS - SUIVIS SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

L'IMPLANTATION DE LA GESTION PAR PROGRAMMES (ENJEU 5)

La révision des mandats des comités a débutée dans le cadre de la nouvelle gestion par programmes avec le CCDG, le CCAC et la table des chefs de département clinique. Le CM a souligné l'importance pour les comités, où le mandat est en lien direct avec les services cliniques, d'inclure les gestionnaires de proximité des soins afin que les orientations à privilégier soient en lien avec la réalité clinique en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins. Nous croyons qu'il sera essentiel de poursuivre cette révision en étroite collaboration avec les trois conseils de l'établissement.

LE MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE DE SES MEMBRES (ENJEU 5)

En lien avec le plan de redressement budgétaire, des inquiétudes ont été formulées en lien avec la suspension de plusieurs activités de formation. Étant un milieu de soins ultraspécialisés, il est essentiel de maintenir les compétences des professionnels à la hauteur des données probantes. L'approbation du choix des formations demeure une décision très centralisée. Avec l'implantation graduelle de la nouvelle structure de gestion, le conseil a recommandé que le choix des formations devienne une décision décentralisée. En étant près des services cliniques, les chefs de service sont aptes à faire des choix éclairés.

LA PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE (ENJEU 5)

L'un des objectifs de la planification stratégique est d'accentuer l'interdisciplinarité dans le traitement des problématiques de santé complexes. Cet objectif rejoint pleinement le mandat du conseil, en lien avec le processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services. En ce sens, nous avons recommandé une plus grande intégration de la pratique interprofessionnelle, entre autres, dans le dossier des plaies : l'harmonisation des pratiques permettrait de meilleurs soins aux usagers. La DSI a créé un comité multidisciplinaire qui se penchera sur la question. Ils ont également impliqué le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) qui pourra également mieux outiller les intervenants.

L'IMPLICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DANS SA MISSION D'ENSEIGNEMENT (ENJEU 7)

Dans le cadre de l'augmentation des cohortes étudiantes, nous réitérons, depuis 2009, l'importance de mieux reconnaître l'apport des professionnels à l'enseignement. Dans le contexte de l'alourdissement croissant des tâches cliniques, il faut éviter une démobilité de ceux-ci auprès des étudiants. Dans sa planification stratégique, l'établissement a reconnu la valorisation et la promotion de l'enseignement comme étant un axe important de ses activités. Il en découle l'objectif d'accroître et de reconnaître la contribution du personnel à ces activités. Très peu de redevances, ou autres formes de reconnaissance sont retournées en soutien aux services, principalement pour les stagiaires des établissements universitaires. Le dossier est en cours.

RAYONNEMENT EXTÉRIEUR : INTERACTIONS AVEC NOS PARTENAIRES EXTERNES

PROMOTION DU GUIDE CLINIQUE, AUTOMNE 2010

À la suite du lancement à l'automne 2009, nous avons présenté les étapes de réalisation de notre guide clinique lors du colloque des Conseils multidisciplinaires tenu en 2010 à Lévis. La réception, face à notre projet, a été excellente.

MOBILISATION EN LIEN AVEC LE DOSSIER PALV

Le dossier en lien avec les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) a amené une mobilisation des CM des plus grands centres hospitaliers de la région de Québec. Le but de cette rencontre était de faire le point sur la situation, dans un contexte d'amélioration des soins et des services aux usagers et de transmettre le bilan de ses réflexions aux instances concernées. Les questionnements concernaient principalement la qualité des soins aux patients, la qualité de la pratique professionnelle, l'équité des services offerts aux différentes clientèles et la qualité de l'organisation générale des services offerts. Le dossier continue de cheminer dans les différents centres. Certaines questions sont toujours en attente de réponse. Par un dossier commun, cette initiative du CHA a permis aux CMs des centres hospitaliers de la région de Québec de mieux se connaître.



COMITÉ DES USAGERS (CU)

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

Lors de la rencontre des différents établissements sur l'avenir de la CMuR en avril 2010, les professionnels des différents CMs ont soutenu l'importance de réactiver cette table d'échange à l'Agence. Les travaux à la CMuR n'ont toujours pas repris à ce jour.

PLAN D'ACTION 2010-2011

Les objectifs de la dernière année en lien avec les comités de pairs et l'organisation du conseil ont été atteints ou en cours de l'être. Avec le contexte de restrictions budgétaires, certains projets ont cependant été mis en suspens.

PERSPECTIVES D'ACTION 2011-2012

Le conseil multidisciplinaire continuera à promouvoir la pratique interprofessionnelle en posant des gestes concrets pour l'actualiser au sein de la pratique clinique, afin d'améliorer les soins et services aux usagers. Des suivis sur les dossiers susmentionnés, en lien avec la planification stratégique, seront réalisés en collaboration avec les différentes instances impliquées.

CONCLUSION

Les défis sont grands avec le vieillissement de la population. Les soins et les services devront être adaptés à cette réalité, de plus en plus présente dans nos établissements. Le ministère prend déjà les décisions nécessaires avec l'approche adaptée à la personne âgée. Cependant, un objectif demeurera, peu importe les changements démographiques : il faut maintenir l'utilisateur au centre de nos préoccupations.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

Au cours de l'année 2010-2011, le comité des usagers a tenu sept réunions formelles ainsi que de nombreuses rencontres individuelles et collectives avec des usagers de l'établissement. Le comité privilégie toujours ce mode de fonctionnement dans l'appréciation du degré de satisfaction des usagers, ce qu'il considère comme un complément aux études de satisfaction de la clientèle menées par l'établissement. Le lecteur trouvera dans les pages qui suivent le rapport annuel du comité des usagers pour l'exercice 2010-2011, y compris les mentions qui doivent dorénavant être faites au rapport annuel de l'établissement. Les sections visées sont identifiées à l'aide d'un astérisque.

FAITS SAILLANTS*

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

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

FORMATION

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



ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS

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

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

Une des actions majeures durant la dernière année a été de mettre en place, avec l'aide de la direction, un système de classement et de suivi des commentaires des usagers. Ce système est compatible avec celui utilisé par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Le nouveau système permet d'avoir une image plus globale de la situation et d'assurer un meilleur suivi.

INTERVENTIONS DU COMITÉ*

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

SUITES APPORTÉES OU ENVISAGÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION*

Les cas analysés par le comité et sur lesquels la direction apporte des suivis n'ont pas à être soumis de façon spécifique au conseil d'administration. Aucun cas analysé par le comité en 2010-2011 n'a été soumis à l'attention du conseil d'administration.

JOURNÉE DU COMITÉ DES USAGERS

Dans le but de faire reconnaître davantage son rôle et son travail, le comité des usagers a organisé, pour une deuxième année, la « Journée du comité des usagers ». Plus de trois cents

questionnaires ont été complétés par des usagers et des visiteurs de l'établissement. Une centaine d'entrevues portant sur la satisfaction de la clientèle ont été effectuées par les membres du comité qui ont participé à cette journée spéciale tenue de neuf heures à dix-sept heures.

SOUS-COMITÉS

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

PARTICIPATION À DIFFÉRENTS COMITÉS

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

TRAITEMENT DES PLAINTES

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

FINANCES

Sur le plan financier, le comité des usagers dispose d'un budget annuel d'environ 70 000 \$. Ce budget est réparti par fonction, dont la formation des membres, l'évaluation de la satisfaction des usagers, l'assemblée générale, etc. Pour l'année 2010-2011, le total des dépenses courantes se chiffre à près de 32 000 \$. Jusqu'à l'année en cours, il était connu que les montants non utilisés dans une année donnée étaient reportés aux années suivantes. Durant la dernière année, le ministère de la Santé et des Services sociaux



a modifié cette règle et il a élargi considérablement le domaine d'utilisation de ces fonds. À la fin de l'année en cours, le comité a donc approuvé un projet de revalorisation de 75 000 \$ des locaux occupés par des usagers nécessitant des soins de longue durée dans le sens de l'orientation « milieu de vie » retenue par le ministère. Il est de l'intention du comité d'utiliser la plus grande partie des sommes disponibles à l'intérieur des nouvelles pistes autorisées et de conserver un solde minimum comme réserve éventuelle si possible.

COMPOSITION DU COMITÉ

Depuis le dernier rapport annuel, il n'y a eu aucun changement dans la composition du comité. Il y a lieu de remercier tous les membres pour leur participation assidue aux réunions et aux autres activités du comité.

ÉVALUATION DU COMITÉ

Comme à chaque année, le comité a fait un exercice d'évaluation de son travail et de la participation de ses membres. Ce travail se fait à l'aide d'un questionnaire-sondage et de rencontres individuelles des membres avec le président. Les membres ont encore une fois exprimé leur satisfaction de la façon dont le comité fonctionne et le taux de présence de 93 % aux réunions du comité ainsi que la participation de tous les membres aux travaux en dehors des réunions est un témoignage de leur dévouement et de leur satisfaction. Lors de la dernière évaluation, plusieurs membres ont souligné que le questionnaire portait davantage sur le fonctionnement du comité que sur l'atteinte de ses objectifs. Au cours de l'année, le comité a donc amorcé un processus de dépôt périodique d'un rapport d'étape sur le degré de réalisation des objectifs retenus par le comité.

QUELQUES STATISTIQUES

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

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

MODIFICATIONS AUX RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

Le comité n'a effectué aucun changement à ses règles de fonctionnement au cours de la dernière année.

CONCLUSION

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

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M. Georges Smith
Président du comité des usagers

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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

De plus, le comité de vigilance et de la qualité est « responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités » en matière de qualité. Par ailleurs lors de son assemblée régulière du 1^{er} mai 2008, le conseil d'administration de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) a donné le mandat aux membres du comité de vigilance et de la qualité de veiller à établir un processus d'implantation harmonieuse de la gestion par programmes et de la gestion.

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

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

La coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques a présenté un document, regroupant l'ensemble des recommandations émanant des différents rapports déposés au conseil d'administration au cours de l'année 2008-2009. Après analyse, le comité de vigilance a ciblé trois recommandations à portée organisationnelle :

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

À chaque rencontre, le comité de vigilance a invité les directeurs concernés à faire un état de situation des travaux en cours pour chacune de ces recommandations. Un bilan final sera déposé à l'automne 2011.

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

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

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

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

LE SUIVI DE L'IMPLANTATION DE LA GESTION PAR PROGRAMMES ET DE LA COGESTION, PAR LA DIRECTRICE GÉNÉRALE AUX AFFAIRES CLINIQUES (DGAAC)

Afin de s'assurer de la mise en œuvre de cette nouvelle approche de gestion, le comité a analysé les priorités d'action 2010-2011 proposées par la DGAAC au regard du déploiement de la gestion par programmes et de la cogestion. Il a aussi pris connaissance des communiqués de suivis trimestriels préparés par la DGAAC à l'intention de tous les intervenants de l'établissement, ces derniers faisant office d'état d'avancement des travaux d'implantation.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Louise Milot

Présidente du comité de vigilance et de la qualité

COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

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

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

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

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

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

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

DEMANDES REÇUES DEPUIS 2007

STATUT	REÇUES EN 2007-2008	REÇUES EN 2008-2009	REÇUES EN 2009-2010	REÇUES EN 2010-2011	VARIATION AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	VARIATION DEPUIS 2007
ASSISTANCES INTERVENTIONS CONSULTATIONS	38	65	61	50	↓ 11 = 18 %	↑ 12 = 31 %
PLAINTES	64	65	73	104	↑ 31 = 42 %	↑ 40 = 62 %
TOTAL	102	130	134	154	↑ 20 = 15 %	↑ 52 = 51 %

Les demandes reçues cette année ont augmenté de 15 % par rapport à l'année dernière, soit une hausse de 42 % des plaintes et une baisse de 18 % des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention. Les demandes reçues entre 2007-2008 et 2010-2011 ont augmenté de 51 %. La commissaire locale a assuré un suivi auprès de douze usagers dont l'insatisfaction justifiait l'ouverture d'un dossier d'assistance ou de plainte.

- ▶ Sept en provenance du comité des usagers;
- ▶ Deux en provenance du questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle hospitalisée;
- ▶ Trois en provenance de la Direction générale.

Parmi les 154 demandes reçues :

- 67 % ont été formulées sous forme de plainte;
- 27 % sous forme d'assistance, à la demande de l'utilisateur qui souhaite obtenir de l'aide concernant un soin ou un service, ou de l'assistance à la formulation d'une plainte;
- 3 % sous forme de consultation visant un avis ou une demande en provenance d'un commissaire local, régional ou du Protecteur du citoyen, qui traite une plainte en lien avec les usagers de l'IUCPQ;
- 3 % sous forme d'intervention pour examiner une situation portée à son attention pour laquelle elle avait des motifs raisonnables de croire que les droits de l'utilisateur n'étaient pas respectés.

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT AU DÉBUT DE L'EXERCICE	PLAINTES REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL	PLAINTES CONCLUES DURANT L'EXERCICE	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT À LA FIN DE L'EXERCICE
COMMISSAIRE LOCALE	1	77	78	76	2
MÉDECIN EXAMINATEUR	2	27	29	26	3
TOTAL	3	104	107	102	5

La commissaire locale a ouvert 104 plaintes, en a traitées 77 et transférées 27 au médecin examinateur.

OBJETS DES PLAINTES

CATÉGORIE D'OBJETS	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
SOINS ET SERVICES	27	35 %	10	36 %
ORGANISATION DU MILIEU	15	19 %	-	-
ACCESSIBILITÉ	14	18 %	3	11 %
RELATIONS INTERPERSONNELLES	12	15 %	11	39 %
DROITS PARTICULIERS	7	9 %	1	4 %
ASPECT FINANCIER	2	3 %	1	3 %
AUTRES	1	1 %	2	7 %
TOTAL	*78	100 %	*28	100 %

* Une plainte peut comporter plusieurs objets de plainte

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

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



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

- ▶ les soins et services, en particulier la continuité, l'évaluation et le jugement professionnel;
- ▶ les relations interpersonnelles, en particulier la communication avec l'utilisateur ou sa famille, le respect de la personne;
- ▶ l'accessibilité des rapports d'imagerie médicale et de laboratoires.

MESURES CORRECTIVES

Quarante mesures correctives ont été émises dans 52 % des dossiers traités par la commissaire locale :

- ▶ dix-neuf mesures concernent des demandes d'amélioration des habiletés techniques et professionnelles et de l'approche thérapeutique;
- ▶ quinze mesures concernent des demandes pour améliorer les communications avec l'utilisateur et la famille, l'écoute, l'empathie et les attitudes;
- ▶ les autres mesures concernent l'adaptation des lieux physiques.

À l'issue du traitement des plaintes médicales, treize mesures ont été prises dans 48 % des plaintes traitées par le médecin examinateur :

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

RECOMMANDATIONS

Toutes les recommandations émises dans les années précédentes ont été mises en œuvre, à l'exception de la recommandation concernant l'amélioration de la signalisation, qui sera actualisée en cours d'année. Dix recommandations d'ordre systémique ont été émises cette année, dont sept sont déjà implantées.

1. Que l'information et les explications pertinentes soient données aux familles des usagers que l'on doit débrancher de leur assistance circulatoire en leur présence;

2. Qu'il soit possible d'utiliser la salle de départ située à proximité de l'urgence afin que les usagers libérés puissent attendre leur famille de façon sécuritaire et confortable;

3. Que tous les commis de l'accueil connaissent et respectent intégralement la procédure incluse dans la Politique DSI-009 ayant pour objet le décès d'un usager;

4. Que l'unité de soins mette en place un service gratuit de lavage de lingerie personnelle aux usagers hébergés de façon transitoire;

5. Que le médecin qui prescrit un examen s'enquière du résultat et informe l'utilisateur ou l'utilisatrice sans délai;

6. Que la transcription en imagerie médicale, en quelque mode que ce soit (écrit ou PACS) soit disponible dans les plus brefs délais;

7. Que les bulletins de décès soient remplis dans les 18 heures suivant le décès d'un usager, tel que prescrit par la loi;

8. Que la compagnie de transport adapté choisie par appel d'offres régional, s'engage à offrir des services de transport sécuritaire;

9. Que les civières utilisées soient conformes et dans le cas contraire, que la situation soit corrigée le plus rapidement possible;

10. Qu'une procédure soit élaborée, décrivant le suivi de la facturation des usagers non-résidents, détaillant la responsabilité de chacun des services concernés.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Christine Laurent

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

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

Le comité a tenu trois rencontres au cours de l'exercice et a étudié douze événements sentinelles, événements qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences graves ou dont le caractère répétitif, même sans conséquence grave, exige une analyse approfondie. Le comité a pris connaissance des statistiques déposées par ses comités partenaires, notamment en ce qui a trait au bilan comparatif des médicaments et aux taux d'infections nosocomiales et a suivi les tendances des déclarations d'incident ou d'accident.

FAITS SAILLANTS

PLAN DE SÉCURITÉ

En réponse à la recommandation formulée par Agrément Canada, un groupe de travail a été formé et il a élaboré le « Plan de sécurité des usagers 2010-2013 », plan incorporant plusieurs objectifs, assortis de cibles, d'indicateurs de mesures et d'échéanciers, regroupés sous six grandes orientations (Cf. Enjeu 5). Les buts et objectifs retenus découlent des tendances observées au niveau des déclarations d'incident ou d'accident, des constats tirés de l'analyse du sondage sur la culture de sécurité et des normes ou pratiques organisationnelles requises (POR) en matière de sécurité jugées non conformes à l'issue de la visite d'agrément de novembre 2009. Le comité de gestion des risques s'est vu confier la responsabilité du suivi et il doit faire rapport au CA trimestriellement.

PROCÉDURE RELATIVE À LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Des comités ad hoc d'analyse ont été constitués pour réviser, de manière exhaustive, chacun des événements sentinelles survenus. L'objectif est de s'assurer de l'identification des mesures correctives appropriées et de leur mise en application par les directions concernées.

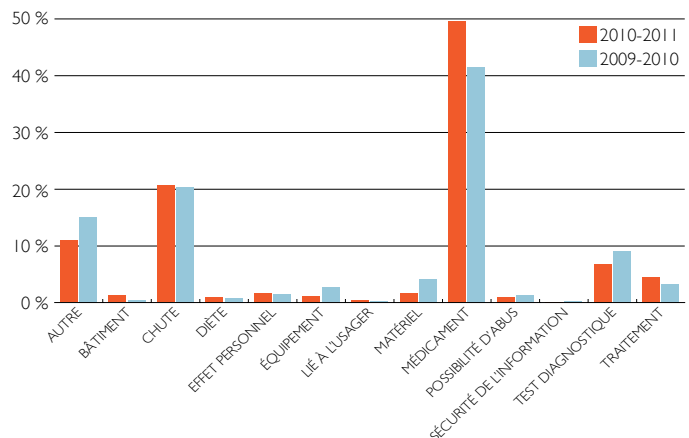
RAPPORTS

Des rapports trimestriels sont dorénavant produits et déposés au conseil d'administration, rapports faisant état du nombre de déclarations, de la nature et de la gravité des incidents/accidents, du taux de divulgation, des mesures correctives et des suites données aux recommandations formulées. Des analyses de résultats sont également produites bimensuellement à l'intention des directeurs et gestionnaires d'unités de soins et de services, présentant les tendances propres à chacun des secteurs d'activité.

FORMATION EN GESTION DES RISQUES

La formation est maintenant élargie au nouveau personnel qui, lors de la journée d'accueil, est sensibilisé à la gestion des risques et informé de ses rôles, responsabilités et obligations, en matière de déclaration d'incident ou d'accident.

NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS PAR TYPE ET PAR ANNÉE



Globalement, le volume de déclarations a enregistré une baisse de 12,6 %, puisque 2 661 déclarations ont été consignées au registre local comparativement à 3 044 l'an dernier. Les trois principales catégories d'événements déclarés demeurent, par ordre décroissant d'importance, les erreurs liées à l'administration des médicaments, représentant 49,6 % des déclarations, suivies des chutes, totalisant 20,6 % et des événements regroupés dans la catégorie Autres, incluant notamment les fugues, bris de confidentialité et erreurs liées au dossier, représentant 10,9 %.

RECOMMANDATIONS

Les trois recommandations émises au cours des exercices précédents, soit le *déploiement du bilan comparatif des médicaments*, le *déploiement de la stratégie de prévention des chutes* et *l'implantation des recommandations émises par l'ASSTSAS* relatives à la *manipulation sécuritaire des médicaments dangereux* ont été mises en œuvre; de plus, elles sont intégrées au plan de sécurité des usagers, afin d'en faciliter le suivi au sein du comité. (Cf. Enjeu 5). Une nouvelle recommandation a été formulée, soit la *constitution d'un comité de travail afin d'adapter les méthodes de soins diffusées par l'AQESSS*.

MESURES CORRECTIVES

De nombreuses mesures correctives ont été actualisées en cours d'année suite à l'analyse d'événements sentinelles. Le tableau ci-dessous en dresse un bon aperçu.

COMMUNIQUÉS

- Rappel aux résidents de leurs rôles / responsabilités et du processus de divulgation, lors de la survenue d'événement;
- Rappel au personnel soignant de l'importance de consigner l'évaluation systématique du risque de chute, la surveillance à exercer et les directives au plan thérapeutique infirmier;
- Diffusion d'un algorithme, aux membres du CMDP, sur la prise en charge d'un traumatisme craniocérébral léger.

FORMATIONS

- Formation sur la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux données à plusieurs membres du personnel (Soins / Radiologie / Pharmacie / Laboratoire / Entretien);
- Réalisation de capsules d'information sur la prévention des chutes;
- Formation d'appoint sur la double vérification indépendante (Urgence).

POLITIQUES, PROCÉDURES, DIRECTIVES, MÉTHODES DE SOINS ET PROCESSUS

- Révision / actualisation de la procédure relative à la gestion et à l'utilisation des télémetries;
- Révision des processus de travail en imagerie médicale : acquisition d'un logiciel d'accès à distance sécurisé, élaboration d'une procédure de relecture électronique, création de signatures électroniques, liste de travail, corrections à l'écran, etc.;

- Élaboration de lignes directrices transitoires en oncologie (médicaments cytotoxiques);
- Révision des protocoles / ordonnances collectives et méthode de soins infirmiers en hémodialyse et mise en application d'une liste de vérifications ;
- Révision du processus d'épuration et d'archivage des dossiers;
- Révision / actualisation de la procédure relative à l'utilisation d'agents de sécurité et d'une feuille de directives à appliquer;
- Modification du système d'appel lors d'un code de réanimation cardiorespiratoire et systématisation de la vérification des téléavertisseurs.

GESTION

- Étude de dossiers par le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique;
- Acquisition d'alarmes de positionnement suite à l'analyse des besoins;
- Introduction de la feuille d'administration des médicaments (FADM) au 6^e SI;
- Vérification de l'étiquetage de certains médicaments;
- Octroi d'un contrat de transcription pour la radiologie à une firme externe;
- Implantation de l'outil d'identification de la mobilité sur les unités.

ANALYSE PROSPECTIVE

Un sous-comité du comité de prévention des erreurs médicamenteuses a été constitué afin de revoir le processus d'administration des médicaments, depuis la prescription jusqu'à l'administration proprement dite, incluant le circuit du médicament, afin d'identifier les défaillances possibles à chacune des étapes.

EN CONCLUSION

Les membres du comité ont été informés de différents travaux réalisés eu égard au registre national, au système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) et des réflexions en cours relatives au mandat et à la composition du comité. Des travaux sont également en cours afin d'optimiser et d'intégrer la production des résultats de soins et d'en assurer une diffusion, en temps opportun, auprès des instances, des gestionnaires et du personnel.

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

M^{me} Hélène Babineau
Coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques
Secrétaire du comité

ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES



Membres du conseil d'administration

Présidente :
M^{me} Nicole MORIN

Vice-présidente :
M^{me} Fernande SÉNÉCHAL

Secrétaire :
M. Michel BOULAY

Trésorier :
M. Jean-Paul GAGNÉ

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

M^{me} Monique CARRIER

M. Jean-Guy CLOUTIER

M^{me} Doris DUPONT

M^{me} Lisette MICHAUD

Représentante du conseil d'administration de l'IUCPQ :
M^{me} Martine Dubois*

* Invitée

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

1. FONDEMENTS

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

2. PRINCIPES

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

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

3. OBJECTIFS

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

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DÉFINITIONS

Administrateur

Membre du conseil d'administration élu ou nommé.

Code

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

Conflit d'intérêts

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

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

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

Conflit d'intérêts réel

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

Conflit d'intérêts apparent

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

Conflit d'intérêts potentiel

Situation susceptible de survenir, situation existant virtuellement.

Institut

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

6. MODALITÉS

6.1 Devoirs et obligations

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

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

6.2 Règles relatives aux assemblées

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

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

6.3 Conflits d'intérêts

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

- ▶ S'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- ▶ Éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

- ▶ Dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- ▶ Donner priorité aux intérêts de l'Institut lorsqu'il participe à toute intervention, échange, délibération ou décision susceptible de mettre en jeu son intérêt personnel.
- ▶ Dénoncer par écrit son intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration, sous peine de déchéance de sa charge, et s'abstenir de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
- ▶ Déclarer les intérêts qu'il a à sa connaissance dans une entreprise ou un organisme faisant affaires avec l'organisation et divulguer, le cas échéant, toute situation réelle, potentielle ou apparente de conflit d'intérêts pouvant le concerner.
- ▶ Remplir une déclaration intitulée **Déclaration relative aux conflits d'intérêts chez les membres du conseil d'administration** dans les 30 jours suivant sa nomination. Cette déclaration doit être révisée et mise à jour annuellement ainsi qu'à chaque fois qu'une nouvelle situation rend inexacte sa dernière déclaration.

6.4 Interdictions de pratiques reliées à la rémunération

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

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

6.5 Devoirs et obligations de l'après-mandat

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

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

6.6 Procédure d'application et sanctions

- ▶ Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- ▶ Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit, par écrit, le comité de la gouvernance et de l'éthique. Cet écrit doit contenir les faits sur lesquels la plainte est déposée et faire référence aux dispositions de la loi ou du présent code d'éthique et de déontologie auxquelles l'administrateur aurait contrevenu.

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

6.7 Publication du code

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

7. RESPONSABILITÉS

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

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

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

RÉFÉRENCES

- ¹ Fondation des maladies du cœur du Québec www.fmcoeur.qc.ca
- ² Statistique Canada : CANSIM Tableau 102-0529: Mortalité, par cause, Chapitre IX: Maladie de l'appareil circulatoire (100 à 199), Groupe d'âge et sexe, Canada, annuel (numéro), 2000 à 2006. Publié le 4 mai 2010;
- ³ Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Publié en juin 2009;
- ⁴ Ross H, Howlett J, Arnold JMO, Liu P, O'Neill BJ, Brophy JM et al. Treating the right patient at the right time: Access to heart failure care. *Canadian Journal of Cardiology* 2006;22(9):749-54;
- ⁵ Wilkins K, Campbell NRC, Joffres MR, McAlister FA, Nichol M, Quach S, et al. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports* 20(1):1-10;
- ⁶ Corrao JM et al. Coronary heart disease risk factors in women. *Cardiology* 1990;77:8-12;
- ⁷ Association pulmonaire du Québec www.pq.poumon.ca
- ⁸ Institut national de santé publique du Québec. Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=786>
- ⁹ Institut national de santé publique du Québec. Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=787>
- ¹⁰ « *BMJ* » 2010 ; 340 : b5569
- ¹¹ Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Ottawa, 2008;
- ¹² Aberg A et al. *Br Heart J* 1983; 49:416-22, Mohiuddin, S. M. et al. *Chest* 2007; 131:446-452
- ¹³ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le coût de l'abus de substances au Canada. Ottawa, 2002;
- ¹⁴ Tjepkema M, Sheilds M. Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – L'embonpoint chez les enfants et les adolescents du Canada. Statistique Canada 2005;
- ¹⁵ Institut national de santé publique du Québec. Réf. : <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=52>
- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada - Aperçu. Ottawa, 2009;
- ¹⁷ Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends in Canada 1985-2000. *Canadian Journal of Public Health* 2004;95(1):16-20;
- ¹⁸ Canadian Diabetes Association. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008;32(Supplement 1):S1-S4;
- ¹⁹ Laakso M et al. Does NIDDM increase the risk for coronary heart disease similarly in both low and high risk population? *Diabetologia* 1995;39:487-93;
- ²⁰ Statistique Canada. Rapports sur la santé, Vol 18, No.3, Août 2007;
- ²¹ Fondation des maladies du cœur du Canada. Vivre avec le cholestérol. 2006

STATISTIQUES ANNUELLES

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

	2010-2011	2009-2010	VARIATION
HOSPITALISATION			
Nombre de lits - au permis	340	340	0,00 %
Nombre de lits - dressés	299	294	1,70 %
Admissions	14 574	13 919	4,71 %
Départs	14 575	13 901	4,85 %
Séjours moyens (jours)	6,7	6,9	-3,90 %
Occupation des lits disponibles (en %)	92,6	92,6	0,00 %
Total jours-présence	97 554	96 428	1,17 %
-courte durée	92 472	90 451	2,23 %
-longue durée	5 082	5 977	-14,97 %
BLOC OPÉRATOIRE			
Total usagers	3 687	3 650	1,01 %
-chirurgie cardiaque	2 142	2 136	0,28 %
-chirurgie thoracique	655	633	3,48 %
-chirurgie générale	156	171	-8,77 %
-chirurgie bariatrique (obésité)	566	539	5,01 %
-autres spécialités	168	171	-1,75 %
Heures présence des usagers	14 000	13 924	0,55 %
Total usagers	3 687	3 650	1,01 %
-hospitalisés	3 530	3 505	0,71 %
-en chirurgie d'un jour	157	145	8,28 %
HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE			
Procédures	12 525	11 861	5,60 %
-coronarographies	3 851	3 594	7,15 %
-coronarographies pré-angioplasties	2 927	2 759	6,09 %
-angioplasties	3 263	3 164	3,13 %
-études électrophysiologiques	289	273	5,86 %
-ablations	819	813	0,74 %
-cardiostimulateurs & défibrillateurs	1 122	938	19,62 %
-autres procédures	254	320	-20,63 %
CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS			
Électrophysiologie et bloc opératoire	1 130	954	18,45 %
TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES			
Usagers greffés	19	23	-17,39 %
IMAGERIE MÉDICALE			
Examens	118 145	103 310	14,36 %
INHALOTHÉRAPIE			
Unités techniques provinciales	2 926 715	2 843 477	2,93 %
LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
Procédures	2 401 918	2 311 443	3,91 %

	2010-2011	2009-2010	VARIATION
MÉDECINE NUCLÉAIRE			
Examens	16 854	15 767	6,89 %
SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE			
Usagers traités	1 649	1 608	2,55 %
CONSULTATIONS EXTERNES			
Visites	49 060	47 712	2,83 %
SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE			
Usagers	871	888	-1,91 %
ENDOSCOPIE			
Total examens	11 504	10 279	11,92 %
-endoscopie digestive	4 786	5 008	-4,43 %
-endoscopie respiratoire	6 718	5 271	27,45 %
DIALYSE RÉNALE			
Total traitements	1 095	1 089	0,55 %
-hémodilution	228	295	-22,71 %
-hémodialyse	867	794	9,19 %
HÉMATO-ONCOLOGIE			
Visites	6 306	5 564	13,34 %
Traitements	3 126	2 864	9,15 %
MÉDECINE DE JOUR			
Jours-soins	36 627	38 353	-4,50 %
Usagers	22 701	22 496	0,91 %
RADIO-ONCOLOGIE			
Unités techniques provinciales	25 561	17 196	48,65 %
PHYSIOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	18 528	19 823	-6,53 %
ERGOTHÉRAPIE			
Heures de prestation	10 711	9 575	11,86 %
ÉLECTROCARDIOGRAPHIE			
Examens	119 569	114 624	4,31 %
URGENCE			
Visites	25 055	26 760	-6,37 %
Usagers sur civières	11 191	11 215	-0,21 %
Usagers ayant séjournés plus de 24 heures	1 817	1 534	18,45 %
POLYSOMNOGRAPHIE			
Examens	3 148	2 914	8,03 %
PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE			
Examens	10 752	11 097	-3,11 %
SERVICE SOCIAL			
Usagers	3 304	2 519	31,16 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	4 337	3 968	9,30 %
ALIMENTATION			
Repas	729 488	726 986	0,34 %



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

IUCPQ.qc.ca



2725, CHEMIN SAINTE-FOY
QUÉBEC (QUÉBEC) G1V 4G5

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

