

# L'INSTITUT

## »» SOMMAIRE

- 3 TÉMOIGNAGES DE GRATITUDE
- 4 ÉQUIPE DE L'ENDOSCOPIE RESPIRATOIRE
- 5 ÉCONOMIES MAJEURES EN ÉLECTRO,  
EN HÉMO ET EN ANGIO
- 5 RÉCENTE NOMINATION
- 6 CANCERS DU POUMON ET DE L'ESOPHAGE
- 6 COLLABORATION ENTRE ENTRE  
L'ABIUCPQ ET LES SOINS
- 7 NOUVELLES DU DÉPARTEMENT  
DE LA PHARMACIE
- 10 FLASH SST
- 10 SAVIEZ-VOUS QUE?
- 11 AAPA
- 12 RÉSULTATS DE LA CAMPAGNE  
DE LA VACCINATION
- 12 CAPSULE DE PRÉVENTION
- 13 POLITIQUE ALIMENTAIRE
- 13 SATISFACTION DES PATIENTS
- 14 SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE  
DE LA CAFÉTÉRIA
- 15 IMPLANTATION DE CVMANAGER
- 15 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
- 22 QU'EST-CE QUE LE LEAN?
- 25 JEUNES EXPLORATEURS D'UN JOUR
- 26 MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE
- 26 CHRONIQUE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE
- 27 SOINS SPIRITUELS
- 28 CENTRE DE RECHERCHE
- 33 NOUVELLES DE VOTRE FONDATION
- 36 PENTATHLON DES NEIGES 2014 : DÉFI RELEVÉ!

## LE PLAN STRATÉGIQUE 2014-2017 : UN DOCUMENT INDISPENSABLE!



Au printemps 2013, le conseil d'administration amorçait le processus d'élaboration du plan stratégique 2014-2017 de l'établissement. Sous le thème « Ce qui nous distingue! », nous avons invité tous nos intervenants et nos principaux partenaires à s'exprimer sur les défis que nous aurons à relever, ainsi qu'à partager une vision commune sur l'avenir de notre organisation. Cette mobilisation d'envergure a donné lieu à des échanges constructifs qui nous ont permis d'établir un large consensus sur les orientations et les objectifs à poursuivre au cours des trois prochaines années.

Le Plan stratégique 2014-2017 a été officiellement distribué dans l'organisation durant la journée du 25 mars. Disponible également en version électronique sur nos différentes plateformes de diffusion, nous vous invitons à en prendre connaissance et à vous approprier son contenu.

En terminant, nous désirons souligner la collaboration exceptionnelle et l'engagement des différents acteurs de cette vaste consultation. C'est pourquoi nous désirons remercier toutes les personnes qui ont participé aux réflexions et aux discussions lors des rencontres. La direction de l'établissement remercie sincèrement les membres des différents comités consultatifs, plus particulièrement les usagers qui ont participé activement à cette démarche. Nous tenons également à remercier nos partenaires qui ont accepté généreusement de participer aux discussions.

Bonne lecture!

*La direction*



# FORUMS DE DISCUSSION



Afin de favoriser les échanges en communication au sein de l'Institut, deux forums ont fait leur apparition sur l'intranet en 2012. Le premier forum s'adresse aux personnes désireuses de poser des questions sur le Dossier clinique informatisé (DCI). Il est aussi possible de communiquer avec un responsable du DCI : [IUCPQ.INFODCI@ssss.gouv.qc.ca](mailto:IUCPQ.INFODCI@ssss.gouv.qc.ca)

Le deuxième forum s'adresse à l'ensemble du personnel (intervenants, médecins, chercheurs, bénévoles, etc.) qui souhaite proposer des suggestions à la Direction générale. Il est aussi possible de laisser un message dans la boîte vocale du Service des communications, poste 4932. Ces deux forums sont accessibles sur l'intranet, dans les sections : Clinique/Dossier clinique informatisé (DCI) et Institut/Forum de suggestion.

*Communications et relations publiques*

## SAVIEZ-VOUS QUE ?

La Direction de l'Institut a rédigé une charte d'utilisation des médias sociaux, disponible sur la page d'accueil [IUCPQ.qc.ca](http://IUCPQ.qc.ca)



L'objectif de cette charte est d'informer les utilisateurs des règles de conduite et de les informer de leur responsabilité face à ce médium de communication.



Suivez les reportages télés de l'Institut sur Youtube !

*Joël Clément*  
Adjoint au directeur général  
Responsable des communications  
et des relations publiques

## L'ÉQUIPE DU BULLETIN

**ÉCRIVEZ-NOUS  
C'EST TOUT SIMPLE !**

*Joël Clément*

*Adjoint au directeur général*

*Responsable des communications*

*et des relations publiques*

Coordonnatrice : Danielle Boucher

Infographie : Siamois graphisme

Impression : Imprimerie Sociale

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

Le Service d'audiovisuel contribue à la majorité des photographies contenues dans le journal et est disponible pour couvrir les

événements spéciaux, poste téléphonique 4547.

Les articles doivent être expédiés à l'adresse suivante :

[IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca](mailto:IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca)

Relecture :

Joanne Hamelin

Date de tombée :

13 juin 2014

Prochaine date de parution :

11 juillet 2014

Tirage : 1 250 copies

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 1920-3012

ISSN 1920-9398 (PDF)



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



## Témoignages de GRATITUDE

*Le 30 janvier 2014  
À qui de droit,*

*Il y a 2 semaines, il m'est arrivé d'entrer d'urgence à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, heureusement ce fut une fausse alerte. J'étais placée juste en face du bureau central et je vais vous dire que j'ai rarement vu un aussi beau spectacle de personnes au travail, une vraie fourmilière. Tout le personnel (médecins, infirmières, préposés, etc.) se côtoient dans le respect et sont d'une gentillesse et d'une humanité qui réconfortent.*

*Je veux remercier tout le personnel, spécialement Dr Babakifard, qui prennent bien soin de nous et qui savent bien nous rassurer.*

*Quel professionnalisme! Quel hôpital!  
Sincèrement,  
Rachelle Pilote  
Stoneham*

*Le 18 décembre 2013  
À la Direction générale*

*Mesdames, Messieurs,*

*L'année 2013 s'achève et me fournit l'occasion de faire mon bilan de santé... en tout, 3 périodes de 14 jours d'hospitalisation chez vous. Merci d'avoir prolongé ma vie avec succès, je l'apprécie beaucoup et vous souhaite une belle continuité pour 2014.*

*Merci à tous, aux grands pour leurs petits soins et aux petits pour leurs grands soins. Je ressens une grande gêne à me présenter à votre hôpital... j'ai toujours peur que l'on me referme la porte au nez en me disant : « Laissez-en pour les autres! Vous en avez assez eu ».*

*En 2014, que la vie soit bonne pour vous tous. Pour ma part, je vais tout faire pour vous éviter en 2014!!!*

*Un impatient de vivre,  
Michel Perron*

*Le 1<sup>er</sup> octobre 2013  
Bonjour,*

*Ma mère est présentement hospitalisée aux soins intensifs du 6<sup>e</sup> étage (M<sup>me</sup> Lepage). Elle y est depuis maintenant six jours. Je voulais prendre quelques minutes pour souligner le professionnalisme et l'amabilité du personnel infirmier. Toutes les fois où j'ai eu à téléphoner pour prendre des nouvelles ou lors de mes nombreuses visites, ils ont toujours pris le temps de répondre à mes questions avec une patience d'ange!*

*Un gros merci et encore bravo pour votre beau et bon travail.*

*Salutations,  
Mélanie Lévesque*

Vous souhaitez lire tout le Recueil de témoignages de gratitude? Rendez-vous sur le site Internet de l'Institut pour le consulter en ligne : [IUCPQ.qc.ca](http://IUCPQ.qc.ca).

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

---

*Joël Clément  
Adjoint au directeur général  
Responsable des communications et des relations  
publiques*

# PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE DE L'ENDOSCOPIE RESPIRATOIRE

C'est avec plaisir que nous vous présentons une des équipes des Cliniques spécialisées de pneumologie, soit celle de l'endoscopie respiratoire. Depuis 2009, le service d'endoscopie respiratoire a évolué au rythme des découvertes technologiques et médicales. La mise en place d'une salle interventionnelle contribue significativement à offrir aux médecins spécialistes de l'IUCPQ ainsi qu'aux chercheurs du Centre de recherche, un milieu répondant aux plus hauts standards internationaux en matière de santé respiratoire. Ainsi, les usagers ont accès à des spécialistes de grande renommée et à un service diagnostique et de traitement optimisé. En ce sens, l'innovation et le dépassement se reflètent dans la pratique de ces technologies spécialisées et ultraspecialisées. L'engagement professionnel et la recherche de l'excellence en matière de soins sont au cœur même des décisions et des actions.

Par contre, ces grands changements, quant à eux, ont demandé une adaptation des pratiques de chacun. À cette étape, un travail d'équipe fort, démontré par la collaboration, le partenariat, la reconnaissance de l'expertise et le respect mutuel dans les relations interpersonnelles, a fait en sorte, qu'avec brio, tous les intervenants ont réussi à s'ajuster à ces nouvelles exigences du milieu. À ce fait, plusieurs intervenants composent maintenant l'équipe d'endoscopie respiratoire : des pneumologues, des chirurgiens thoraciques, une infirmière clinicienne, quatre infirmières, deux inhalothérapeutes, un préposé à la stérilisation et une agente administrative.

Nos médecins spécialistes, interventionnistes et chercheurs, regroupent un grand nombre de pneumologues œuvrant dans les différents domaines de la pneumologie ainsi qu'une équipe de chirurgiens thoraciques. D<sup>r</sup> Francis Laberge agit à titre de chef du secteur par intérim en l'absence du D<sup>r</sup> Antoine Delage alors que D<sup>r</sup> Simon Martel, « père de la salle interventionnelle », est notre cogestionnaire médical du programme santé respiratoire. Dans cet environnement physique ultraspecialisé, le Service d'endoscopie respiratoire offre donc sur ses deux plateaux techniques, des examens diagnostiques, thérapeutiques ainsi que de nouveaux modes d'intervention en santé, et ce, à la fine pointe des dernières découvertes.

Marie-Pierre Poulin, infirmière clinicienne, de son côté, participe aux activités et assure la qualité des soins avec l'équipe et la conseillère cadre aux activités cliniques. Elle collabore aussi à la formation, à l'enseignement, à la recherche et à l'implantation de projets spéciaux comme l'intégration des inhalothérapeutes, l'optimisation du rôle d'évaluation de l'infirmière et des programmes de soins.

Carole Charest, chef d'équipe, Hélène Cayer, Édith Guillemette et Valérie Bergeron, sont les infirmières du secteur.



De gauche à droite : Hélène Cayer, Marlène Thibault-Derosby, France Boutin, Mylène Turcotte, Michel Duchesne, Paule Rhéaume, Jonathan Houde, Édith Guillemette, Francine Laroche, D<sup>r</sup> Francis Laberge, Carole Charest, D<sup>r</sup> Simon Martel, Valérie Bergeron, D<sup>r</sup> Fabien Rolland, Marie-Pier Côté, Johanne Gingras. Absente : Marie-Pierre Poulin

Au fil des années, pour répondre aux besoins de remplacement, se sont ajoutées Johanne Gingras, Paule Rhéaume, Marlène Thibault-Derosby, France Boutin et Francine Laroche. Ces infirmières contribuent, par leur fonction clinique, à questionner et à influencer la pratique infirmière assurant ainsi la qualité des soins dans un environnement en perpétuel changement. De par leur expertise, elles assurent donc l'évaluation, la surveillance et la qualité des soins en répondant aux besoins spécifiques de chacun en matière de santé.

Mylène Turcotte, Jonathan Houde et Marie-Ève Trudelle, inhalothérapeutes, par leur expertise et leur champ professionnel spécifique, contribuent directement à la mise en place d'une pratique renouvelée et d'une optimisation des services dispensés en endoscopie respiratoire. L'intégration de ces professionnels s'ajuste progressivement et se bonifie continuellement en collaboration avec tous les intervenants du service. Nous souhaitons aussi souligner le travail des inhalothérapeutes, sous la gouverne de Lynda Lessard, qui s'exprime par une collaboration et un partenariat complémentaires lors du service de garde le soir, la nuit et la fin de semaine pour assister les pneumologues lors des bronchoscopies effectuées à la clientèle des soins intensifs et des unités de soins.

Michel Duchesne, préposé à la stérilisation, responsable de sa qualité et de son contrôle, assure une asepsie sans faille de tout l'appareillage du service avec la plus grande vigilance. Son rôle est requis, essentiel et il contribue directement à une pratique préventive et sécuritaire pour nos usagers. Marie-Pier Côté, agente administrative, occupe une place de première ligne en recevant les usagers en collaboration étroite avec l'infirmière à l'accueil, en assurant les suivis des demandes en endoscopie, en les dirigeant, en

planifiant les horaires journaliers et hebdomadaires, en assurant aussi une certaine fluidité du service.

C'est d'ailleurs en lien avec ce dernier travail que nous désirons rendre hommage à titre posthume à François Noël, agent administratif et pilier en endoscopie respiratoire pendant plus de cinq ans. Son départ prématuré a laissé des traces, a déstabilisé une équipe bien soudée et a provoqué une onde de choc. Son rôle allait au-delà de la tâche; il rassemblait les gens autour de lui, quoique très occupés et préoccupés, dans le plaisir, dans le rire et dans le professionnalisme. Oui, son travail était impeccable et structuré, mais lui seul savait calmer, dédramatiser, sans jamais banaliser. Son savoir, son savoir-faire, son savoir-être lui donnaient le recul d'un sage face aux multiples évènements. Il régissait l'équilibre de tous, la stabilité de l'équipe d'endoscopie et son heureux fonctionnement, et

ce, principalement par ses qualités d'homme, simplement humain, accueillant, disponible et jovial. François, un leader dans l'ombre, discret, silencieux mais si respecté, tant aimé! Bonne route notre ami, tu nous manques tant!

Pour terminer, c'est dans cette optique d'offrir un service de qualité et sécuritaire, d'être à l'affut des besoins grandissants en matière de santé respiratoire, de répondre aux nouvelles exigences de notre milieu, l'IUCPQ, que l'unification des compétences, qu'elles soient communes ou spécifiques, offre à la population un grand professionnalisme et un service optimal en endoscopie respiratoire. Chapeau l'endo!

---

*Auteure : Francine Laroche,*

*infirmière clinicienne équipe volante*

*Collaboration : Claire Langlois, chef de service*

---

## L'INSTITUT, AU CŒUR D'ÉCONOMIES MAJEURES EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE, EN HÉMODYNAMIE ET EN ANGIOGRAPHIE

« Il est possible de réaliser des économies substantielles dans le réseau de la santé et des services sociaux par une stratégie d'approvisionnement en commun, comme le démontre le projet pilote mené avec succès par le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est-du-Québec dans les domaines de l'électrophysiologie, de l'hémodynamie et de l'angiographie. » C'est ce qu'a déclaré en décembre dernier le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, le docteur Réjean Hébert. En effet, il a confirmé par voie de communiqué de presse, pour ces champs de la haute technologie médicale, des économies de l'ordre de 44 %. Cela correspond à un minimum de 16 millions de dollars par année, un montant appelé à augmenter lorsque l'initiative sera pleinement généralisée.

« Je tiens à féliciter l'équipe de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, ainsi que la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui ont joué un rôle moteur dans la réalisation de ce projet », a ajouté le ministre Hébert.

« Nous sommes fiers du leadership de notre institut dans ce dossier. Voilà un autre exemple concret où nos médecins et notre personnel ont collaboré ensemble pour augmenter l'efficacité de nos établissements publics. Ces résultats sont le fruit d'un partenariat entre plusieurs établissements impliqués et le GACEQ. Nous devons tous participer à cet effort collectif afin d'améliorer l'accessibilité aux services et la performance », a déclaré Michel Delamarre, directeur général de l'Institut.

Rappelons que ce projet a été initié par les représentants de l'Institut et ses médecins spécialistes œuvrant en recherche et représentant différentes disciplines médicales hospitalières.

Chapeau!

---

*Cynthia Grenier*

*Communications et relations publiques*

Tiré du communiqué de presse du MSSS, 18 décembre 2013

## NOMINATION

**DU PERSONNEL D'ENCADREMENT  
DEPUIS LE 13 DÉCEMBRE 2013**

Rubrique de la Direction des ressources humaines (DRH) en date du 14 mars 2014

### Johanne Paradis



Chef de service de la paie et des opérations comptables

Direction des ressources financières

Entrée en fonction le 16 décembre 2013.

LES PROCHAINES NOMINATIONS PARAÎTRONT DANS LE PROCHAIN BULLETIN.

# CANCERS DU POUMON ET DE L'ŒSOPHAGE – DEUX NOUVELLES DÉSIGNATIONS

L'Institut a récemment été désigné par le MSSS comme :

- *Centre de référence, cancer du poumon*
- *Centre affilié, cancer de l'œsophage*

Ce processus de reconnaissance vise à favoriser une meilleure prise en charge des patients et à contribuer à améliorer la qualité des services en misant notamment sur le développement des compétences et le maintien d'activités dans les centres régionaux.

Les **centres de référence** sont reconnus pour leur expertise de pointe et ils traitent annuellement un volume de patients suffisant pour assurer le maintien des compétences de leur personnel. Ils possèdent de plus une équipe suprarégionale dédiée au siège tumoral identifié (poumon ou œsophage).

Les **centres affiliés** traitent aussi un volume de patients significatif, mais inférieur à celui des centres de référence. Ils doivent établir une entente formelle de collaboration avec un centre de référence, notamment afin de participer au comité de diagnostic et des thérapies du cancer, d'utiliser ses algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi, et d'y transférer les cas plus complexes, au besoin. Ils possèdent une équipe interdisciplinaire désignée pour assurer une complémentarité et une continuité dans les soins et les services offerts aux patients atteints de cancer dans leur région.

Il s'agit d'une excellente reconnaissance pour notre centre!

*Cynthia Grenier*

*Communications et relations publiques*

Tiré du communiqué de presse du MSSS, 7 février 2014

# COLLABORATION ENTRE L'ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES DE L'IUCPQ, LE 3<sup>e</sup> PC ET LE 3<sup>e</sup> SOINS INTENSIFS, EN CHIRURGIE CARDIAQUE

Subir une chirurgie cardiaque est un événement stressant à la fois pour le patient et pour sa famille. L'IUCPQ accueille la population de l'est du Québec et du nord du Nouveau-Brunswick pour une chirurgie cardiaque. Actuellement, lors de l'intervention chirurgicale, les familles accompagnatrices attendent des nouvelles dans deux salles dédiées à cette fin au 3<sup>e</sup> étage du pavillon Central. Il s'agit d'une attente qui leur paraît généralement longue, au mieux trois heures. Cela s'explique par la complexité de l'intervention chirurgicale à cœur ouvert. Mais pour la famille, cette attente est souvent source d'anxiété élevée.



De gauche à droite : Érik Plourde, Lucie Ouellet, Paulette Thibault, Denise Bélanger, Fernande Marcotte Nicole Morin, Patricia Pelletier, Andrée Fournier, Jacob Boily et Lisette Michaud

Afin de soutenir les familles en leur assurant une présence, l'Association des bénévoles de l'IUCPQ, le personnel du 3<sup>e</sup> PC et du 3<sup>e</sup> SI se sont unis afin de déployer un projet d'accueil des familles. En effet, dès la deuxième semaine de mars 2014, une station d'accueil des familles sera ouverte au 3<sup>e</sup> étage du pavillon Central. Un bénévole y sera présent pour soutenir, répondre aux questions et faire le lien entre les familles et les intervenants de chirurgie cardiaque. Cette présence bénévole se tiendra du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h. Il s'agit là d'une collaboration novatrice entre l'ABIUCPQ et la chirurgie cardiaque, pour le bien-être des familles.

*Cordialement, Érik Plourde, Inf, B.Sc., M.Sc.*

*Chef d'unité, 3<sup>e</sup> pavillon Central*

*Chirurgie cardiaque et cliniques ambulatoires*



# ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU SERVICE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS PAR LA PHARMACIE

LA MÉDICATION CONSTITUE UN ÉLÉMENT CLÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HOSPITALISÉS. OFFRIR UN SERVICE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS EFFICACE ET SÉCURITAIRE CONSTITUE UN DES MANDATS DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE DE L'IUCPQ.

Avec l'implantation du projet SARDM (Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments) en 2009, le circuit du médicament au sein de l'Institut a été modifié de façon significative. Parmi les technologies disponibles pour supporter la gestion des médicaments, l'Institut dispose d'une emballeuse-ensacheuse ainsi que de cabinets automatisés décentralisés (CAD) installés directement sur les unités de soins. Ainsi, alors que l'emballeuse-ensacheuse permet un service journalier des médicaments, l'utilisation de CAD permet un accès rapide aux premières doses de médicaments dès la validation de l'ordonnance par le pharmacien ou, en cas d'urgence sur les unités de soins critiques, sans validation préalable.

Un sondage ayant pour objectif principal d'évaluer la qualité du service de distribution des médicaments offert par la pharmacie de l'IUCPQ a été réalisé en décembre 2013. Une comparaison avec les résultats de précédents sondages réalisés en 2006 et 2007 a aussi été effectuée. Ce projet s'inscrit dans une optique d'évaluation continue de la qualité de l'acte et il est appuyé par le comité pharmacie-soins infirmiers. Un choix de réponse du type « *Jamais, Rarement, Parfois, La plupart du temps, Toujours ou Non applicable* » était suggéré pour la majorité des questions. Plusieurs de ces questions incluaient des délais qualifiés comme étant « raisonnables » pour le traitement des ordonnances et la livraison du médicament (ex : ordonnances STAT en 15-30 minutes). Les délais suggérés correspondent à des normes de service reconnus comme étant acceptables. Il se peut toutefois que, même si ces délais soient respectés, ils ne répondent pas aux attentes du personnel infirmier à l'unité. L'ajout d'une question concernant l'appréciation globale du service de pharmacie ainsi que d'une section destinée à recevoir les commentaires a permis aux personnes sondées de nuancer leurs propos et de préciser leur perception.

Le sondage de 26 questions a été distribué à treize unités. Douze unités ont effectivement distribué le sondage à dix membres du personnel infirmier des différents quarts de travail. Un total de 110 sondages ont été complétés (taux de réponse des sondages distribués : 91,6 %).

## ACCUEIL ET COMMUNICATION

Concernant l'accueil fait au téléphone ou au guichet de la pharmacie centrale, la très grande majorité des commentaires sont positifs (89,2 %) puisqu'on rapporte avoir un service courtois « Toujours » ou « La plupart du temps ». En ce qui concerne la capacité des assistants-techniques à répondre rapidement à la question désirée, le niveau de satisfaction des répondants est élevé, soit 95,7 % (combinaison des résultats « Toujours » et « La plupart du temps »). Les questions posées par l'équipe technique aux infirmières sont en général bien perçues quoique plusieurs infirmières suggèrent qu'il serait possible de réduire leur nombre en parlant simplement au commis de l'unité. Un espace est prévu pour le poids, la taille et les allergies sur les ordonnances, un rappel est fait pour que tous s'assurent que ces informations soient présentes. L'assistant-technique responsable de remplir les cabinets des unités est considéré courtois « Toujours » ou « La plupart du temps » par 83 % des répondants. Le personnel du SCAS est considéré courtois par 89,3 % des répondants (« Toujours » ou « La plupart du temps »).

Les réponses fournies par les pharmaciens sont très appréciées puisque 83,3 % des répondants se disent « Toujours » satisfaits. Les questions posées par les pharmaciens sont considérées pertinentes « Toujours » ou « La plupart du temps » pour 94,6 % des répondants.

Le « Guide des drogues critiques » est disponible sur chaque unité et il se veut un ouvrage de référence pratique et facile à consulter pour les divers professionnels de l'IUCPQ qui sont impliqués dans l'administration intraveineuse des drogues critiques. Parmi les répondants, 67,9 % consultent cet ouvrage de référence « Toujours » ou « La plupart du temps ». Le Département de pharmacie a rendu disponible plusieurs documents sur l'intranet (feuille de gestion des stupéfiants, liste de médicaments qui peuvent être coupés ou écrasés, médicaments disponibles au formulaire). Près de 55 % des répondants connaissaient l'existence de tels documents mais seulement le quart les consultent « Toujours » ou « La plupart du temps ».

*Suite page suivante*

## DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS – RAPIDITÉ DU SERVICE

### Médication STAT

Selon les données récoltées, les médicaments STAT sont disponibles dans un délai de 15 à 30 minutes pour 22,3 % des répondants « Toujours » ou « La plupart du temps ». Les répondants considèrent qu'ils sont « Parfois » disponibles dans ce délai pour 33 % et « Rarement » à 37,2 %. Il s'agit d'un des points pour lesquels le sondage démontre la plus grande insatisfaction du personnel infirmier. Rappelons que plusieurs facteurs affectent le délai de livraison, dont les ordonnances illisibles ou incomplètes (posologie, poids, taille, allergies). Il est parfois noté que bien que le médicament soit servi et déjà placé au monte-charge, il n'est pas récupéré rapidement par le personnel de l'unité. De plus, si la dose doit être prise dans le cabinet après validation par le pharmacien de l'ordonnance, l'infirmière doit vérifier sporadiquement si le médicament est disponible, ce qui peut expliquer un certain délai aussi.

### Médication régulière

La médication régulière (non STAT) peut être rendue disponible par les cabinets aux unités ou par le monte-charge avec un délai de référence de 120 minutes. Certains répondants ont questionné ce délai en demandant si 120 minutes était un délai pouvant être qualifié de « raisonnable ». Le traitement des ordonnances régulières et la mise en disponibilité des médicaments dans le cabinet respectent « Toujours » ou « La plupart du temps » pour 53,7 % des répondants.

### Médication en provenance du SCAS (Service centralisé d'additifs aux solutés)

Les délais attendus reliés aux préparations régulières du SCAS sont de 60 à 90 minutes. Les répondants rapportent que ce délai est « Toujours » ou « La plupart du temps » respecté pour 47,3 % des prescriptions. L'identification du poids et des allergies sur les ordonnances diminue le délai pour traiter les ordonnances SCAS. Le délai prévu pour servir une ordonnance STAT préparée au SCAS (30 à 60 minutes) ne semble pas toujours respecté; au mieux, 37,4 % des répondants ont dit qu'ils recevaient les préparations « Toujours » ou « La plupart du temps » dans ce délai alors que 36,3 % indiquent « Parfois ». Ici encore, le médicament est servi par monte-charge ou par messenger et le retard à récupérer la dose servie est souvent un facteur important.

## DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS – QUALITÉ DU SERVICE

Le volet qualité de la distribution des services de médicaments est aussi un enjeu important.

Les feuilles d'administration des médicaments (FADM) sont imprimées chaque jour à minuit. La pharmacie ferme à 22 h en semaine et à 18 h la fin de semaine, et en dehors de ces heures, les nouvelles ordonnances transmises par

télécopieur à la pharmacie ne sont informatisées que le lendemain. Le contenu de la FADM est généralement conforme (92,3 % « Toujours/La plupart du temps ») aux ordonnances, et ce, en tenant compte des limitations reliées aux heures d'ouverture de la pharmacie.

L'information inscrite sur l'étiquette est rapportée conforme pour 99 % à 100 % des répondants (« Toujours/La plupart du temps ») au produit retrouvé dans l'emballage. Cela s'applique, que le médicament soit servi par le monte-charge ou par le SCAS et rendu disponible dans le réfrigérateur de l'unité ou directement à l'unité.

Pour chacun des patients hospitalisés, les médicaments pris sur une base régulière sont emballés et livrés à l'unité quotidiennement en soirée (chariots affichant les numéros de chambre). En excluant les modifications d'ordonnances depuis 22 h la veille, les produits servis dans ces cases sous forme de bandes de médicaments sont à 100 % (« Toujours/La plupart du temps ») conformes à la FADM. Nous en profitons pour rappeler que les modifications d'ordonnance effectuées après le service en soirée (ou en après-midi la fin de semaine) doivent faire l'objet d'une attention particulière. Ces ajouts ou ces modifications de doses sont « resservies » lors d'un « rattrapage », mais s'il s'agit d'une cessation d'une ordonnance, les médicaments ne sont pas retirés de la bande.

## DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS – APPRÉCIATION DU SERVICE

La majorité des commentaires semblent indiquer que les stocks maintenus AU COMMUN sont suffisants et réapprovisionnés adéquatement puisque le personnel infirmier n'a pas à faire fréquemment des demandes à ce sujet. Seulement 12 % (« La plupart du temps/Toujours ») des répondants font des demandes de « resservice » pour la médication au commun.

Plusieurs médicaments font présentement l'objet d'une rupture d'inventaire compte tenu de difficultés d'approvisionnement. Le personnel infirmier se dit généralement averti des pénuries de médicaments (80,6 % « Toujours/La plupart du temps »).

## COMMENTAIRES GÉNÉRAUX – AMÉLIORATION DU SERVICE

Nous avons demandé au personnel infirmier sondé de qualifier de façon générale comment il considérerait les services du Département de pharmacie. Près de la moitié des répondants (47,3 %) considèrent les services de la pharmacie comme étant « Excellent » ou « Très bien ». Ce pourcentage monte à 91,8 % en incluant ceux qui les trouvent « Excellent », « Très bien » ou « Bien ».

Chacune des unités de l'IUCPQ dispose d'une liste de médicaments disponibles au commun qui lui est propre (ex : acétaminophène (comprimés ou suppositoires), insulines, etc.). La majorité des répondants (80,6 %) étaient au courant de l'existence de listes de médicaments disponibles



au commun de chaque unité et de l'endroit où les trouver. Il semble que les documents disponibles sur intranet sont peu utilisés.

La mise en place des cabinets de médicaments en 2009 (soins intensifs et urgence) et en 2011 (toutes les autres unités) a été un changement majeur dans le circuit du médicament à l'IUCPQ. Respectivement, 93,2 % et 81,6 % des répondants considèrent que la mise en place des cabinets a amélioré la SÉCURITÉ et la DISPONIBILITÉ de la distribution des médicaments. Les résultats rapportent les mêmes tendances qu'en 2007. L'instauration des cabinets est en général perçue comme étant une amélioration du circuit du médicament ayant permis d'augmenter la sécurité des usagers. Certains ont toutefois mentionné qu'ils ne voyaient pas d'amélioration, car les infirmières doivent toujours vérifier que l'on administre au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, en utilisant la Bonne voie d'administration, et ce, au Bon moment.

Les cabinets ne contiennent pas les médicaments sous toutes leurs formes de doses commercialisées. Il est parfois possible que la case débloquée dans le cabinet ne corresponde pas à la dose prescrite. Il revient à l'infirmière d'utiliser la bonne quantité qui correspond à la dose. Par exemple, si une dose de 10 mg de bisoprolol est prescrite, l'infirmière doit prélever deux comprimés de 5 mg de bisoprolol.

Bien que le présent sondage ait été fait sur un échantillon beaucoup plus représentatif, il est intéressant de comparer les résultats actuels avec les précédents sondages. Le tableau ci-dessous rapporte quelques comparaisons. Dans l'ensemble, une amélioration des services de distribution est notée. La même tendance est observée quant au délai pour le service de la médication dans les délais jugés « raisonnables ».

La problématique majeure est l'augmentation des prescriptions traitées par jour au service de distribution. En effet, au cours de la dernière année, nous avons vu la moyenne quotidienne d'ordonnances passer de 1970 à 2265, soit une augmentation de 15 %. Et si on compare avec l'année 2008-2009, c'est une augmentation de 63 % qui est observée. Le défi est donc de maintenir un service de qualité tout en servant la médication dans des délais raisonnables. L'ajout d'un pharmacien et d'un assistant-technique au service de distribution a été nécessaire au cours des dernières semaines pour répondre à la demande grandissante. Un projet « Lean » est aussi en cours, de façon à optimiser le service de distribution des médicaments.

## CONCLUSION

Le personnel infirmier sondé confirme qu'il a un niveau de satisfaction élevé pour l'accueil, la communication et la qualité du service de distribution des médicaments. La rapidité du service ne semble pas optimale et demeure à améliorer pour le Département de pharmacie. Plus de 80 % des répondants considèrent que la mise en place des cabinets a amélioré la sécurité de la distribution des médicaments et leur disponibilité. Le projet a permis de dresser le portrait actuel de la qualité du service de distribution des médicaments et de réfléchir aux correctifs nécessaires (formation/mise à jour des employés, émission de communiqués, mise en place de nouvelles politiques et procédures internes, etc.). Nous encourageons aussi le personnel infirmier à consulter la page du Département de pharmacie sur l'intranet. De plus, nous referons un sondage dans quelques mois pour valider les mesures mises en place en février pour améliorer le traitement des ordonnances.

**TABLEAU 1. QUALITÉ DU SERVICE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS PAR LA PHARMACIE**

Thème sondé	2006			2007			2013		
	Parfois	Souvent	Toujours	Parfois	Souvent	Toujours	Parfois	La plupart du temps	Toujours
Réponse professionnelle de la part du pharmacien lors d'une question	0 %	41 %	55 %	4 %	19 %	77 %	0 %	17 %	83 %
Disponibilité des STATS en 15 à 30 minutes	44 %	11 %	0 %	25 %	33 %	0 %	33 %	20 %	2 %
Disponibilité de la médication RÉGULIÈRE en 120 minutes	52 %	20 %	0 %	29 %	38 %	8 %	34 %	52 %	7 %
Disponibilité d'un médicament SCAS en 60 à 90 minutes	46 %	27 %	4 %	29 %	42 %	8 %	33 %	41 %	7 %
Conformité de l'information contenue sur l'étiquette pour les médicaments servis au MONTE-CHARGE	3 %	56 %	41 %	0 %	38 %	63 %	0 %	28 %	72 %

## REMERCIEMENTS

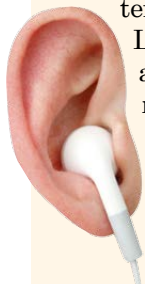
Merci à Éric Boivin, étudiant en pharmacie, pour son engagement dans la réalisation de ce projet. Merci également au personnel infirmier qui a pris le temps de compléter le sondage et de transmettre ses commentaires. Merci aux infirmières trajectoires pour leurs commentaires durant la révision du sondage.

# FLASH SST – CÔTÉ SOMBRE DU BALADEUR

## QUI NE CONNAIT PAS LES AVANTAGES DE CETTE PETITE BOITE À MUSIQUE?

### MAIS QU'EN EST-IL DES RISQUES?

Selon Santé Canada, le risque d'atteinte à l'audition est bien réel. L'utilisation d'un baladeur audionumérique à un volume maximal produirait une intensité de bruit qui dépasse le niveau prescrit par la loi sur la SST pour protéger les travailleurs d'une éventuelle atteinte permanente à l'ouïe.



Il ne faut pas oublier les autres risques:

- il isole l'utilisateur, le privant des sons ambiants lui permettant de prévenir un accident comme par exemple un avertissement verbal;
- l'appareil, manipulé sans précaution, peut être la source de contamination ou d'infection;
- le fil peut se prendre sur un objet et engendrer un mouvement involontaire causant un déversement de matière dangereuse ou un autre événement accidentel.

Nous vous invitons à faire bon usage de ce type d'appareil et de le réserver, idéalement, aux activités hors travail.

Pour en savoir plus, nous vous invitons à consulter le babillard de l'intranet : *Le baladeur et le risque de perte auditive, Santé Canada*

Sécuritairement vôtre!

*Johanne Dubé  
Hygiéniste du travail*



## SAVIEZ-VOUS QUE?



- Dans le cadre de la démarche en vue d'obtenir la certification « Entreprise en santé », vous vous êtes exprimés sur vos préoccupations et vos besoins afin d'améliorer votre bien-être au travail à l'aide du sondage auquel vous avez participé en février 2012. Dans les questions liées à la sphère « Pratiques de gestion », vous avez ciblé la communication comme étant au cœur de vos priorités. Plus particulièrement, vous avez exprimé le besoin de recevoir de l'information sur les décisions administratives ayant des impacts sur votre secteur, ainsi que de pouvoir discuter du travail quotidien avec votre gestionnaire.

Votre direction vous a entendus et elle a décidé de mettre en place une mesure permettant aux gestionnaires d'être davantage présents dans leur secteur. Ainsi, entre 8 h et 10 h, tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis, vos gestionnaires sont exempts de réunions à l'interne. Cette mesure a été mise en place afin de faciliter la gestion de proximité et d'optimiser la communication au sein des équipes. À vous d'utiliser ces moments pour générer des échanges privilégiés avec vos gestionnaires!

*La direction*

- PLUSIEURS PAYS SE SONT ENGAGÉS À FAIRE DISPARAÎTRE POUR DE BON LE TABAGISME DE LEUR TERRITOIRE. LE QUÉBEC POURRAIT-IL FAIRE DE MÊME?

La Nouvelle-Zélande, la Finlande et l'Écosse se sont toutes officiellement engagées à éradiquer le tabac de leur territoire, c'est-à-dire à réduire leur proportion de fumeurs à moins de 5 %. Un tel objectif est-il envisageable au Québec? Alors que l'incidence actuelle est d'environ 17 % (ESUTC 2012), le Conseil québécois sur le tabac et la santé estime possible de ramener la proportion de fumeurs québécois à 10 % d'ici 2025.

### LES GÈNES : UN JOUEUR IMPORTANT DANS LA DÉPENDANCE

Faire ou non usage de tabac ne dépend pas que de la volonté, loin s'en faut! Cela relève aussi du bagage génétique. En effet, une équipe canado-européenne a démontré que chez la souris, une mutation génétique réduit fortement la sensibilité à la nicotine. Lorsqu'elles portent cette mutation, les souris doivent absorber environ trois fois plus de nicotine que leurs consœurs normales pour en ressentir les effets. Cette mutation, très présente chez les humains, toucherait 90 % des gros fumeurs.

*Extraits du 100<sup>e</sup> numéro (mars-avril 2014) du bulletin d'informations Info-Tabac.ca*

### CESSER DE FUMER, ON PEUT Y ARRIVER!

*Véronique Therrien, Dt.P.  
Agente de planification, programmation et de recherche  
TEACH Certificate Program | Abandon du tabagisme*

# L'AAPA SELON LES MEMBRES DU SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE ET L'ÉQUIPE DE SOINS



Différentes bulles pour la famille sont disponibles selon les signes A.I.N.É.E.S

L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE (AAPA) VISE LA PRÉVENTION DU DÉCLIN FONCTIONNEL DE LA PERSONNE ÂGÉE HOSPITALISÉE. L'ÉVALUATION ET LA SURVEILLANCE DES SIGNES A.I.N.É.E.S (AUTONOMIE, INTÉGRITÉ DE LA PEAU, NUTRITION/HYDRATATION, ÉLIMINATION, ÉTAT COGNITIF ET SOMMEIL) SONT ESSENTIELLES DÈS LE DÉBUT ET TOUT AU LONG DU SÉJOUR.

Dans le cadre de l'implantation de la lettre N (nutrition/alimentation), l'équipe du 5<sup>e</sup> PC applique depuis novembre dernier la stratégie du plat principal avant la soupe. L'objectif visé, selon la nutritionniste Lina Guérard, est d'assurer un meilleur apport protéino-énergétique afin de diminuer ou de prévenir l'incidence de la dénutrition. En effet, la dénutrition peut avoir des conséquences importantes pour l'usager, telles que l'aggravation du pronostic, l'augmentation de la prévalence des infections nosocomiales de même qu'un allongement de la durée d'hospitalisation.

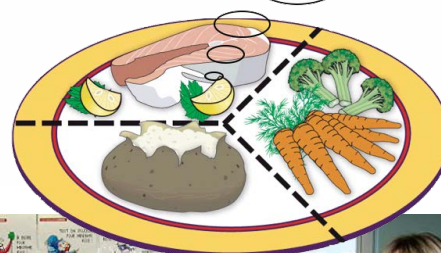
À chaque semaine, comme l'explique Isabelle D'Amours, technicienne en diététique au 5<sup>e</sup> pavillon Central, des usagers sont ciblés selon certains critères incluant leur état général, les risques de complications et leur consommation en protéines. La liste des usagers identifiés à risque de dénutrition est transmise à l'assistante infirmière-chef qui fait ensuite le lien avec l'infirmière de l'usager afin que celle-ci intègre des directives dans son plan de travail ainsi que dans celui des préposés aux bénéficiaires.

Un tel changement de pratique a des répercussions positives sur l'état nutritionnel des usagers, car chaque intervention préventive est importante. Au 5<sup>e</sup> PC, on peut entendre régulièrement un préposé aux bénéficiaires, une infirmière ou une infirmière auxiliaire discuter avec l'usager de l'importance de l'apport en protéines pour faciliter la récupération. L'équipe interdisciplinaire du 5<sup>e</sup> PC démontre qu'une collaboration avec un objectif commun est bénéfique pour

**SAVIEZ-VOUS QUE...  
LA PRÉVALENCE DE LA  
DÉNUTRITION EST DE 35 %  
À L'ADMISSION ET PASSE  
À 50 % AU CONGÉ**

Réf. : MSSS, 2010, AAPA cadre de référence.

**Plat principal et  
protéines en  
premier**



Lina Guérard, nutritionniste, Nathalie Rochette, préposée, Johanne Vallée, assistante infirmière-chef, Isabelle D'Amours, technicienne en diététique

l'usager. Elle encourage le personnel des unités de soins à promouvoir cette approche adaptée à la personne âgée.

Félicitations à toute l'équipe!

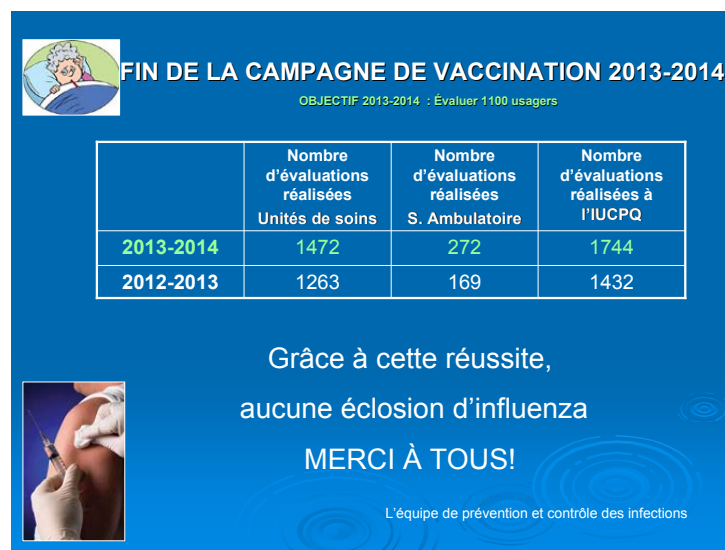
**L'AAPA à l'IUCPQ, ce sont des petits gestes au quotidien qui font la différence et l'affaire de tous!**

Le comité de coordination de l'AAPA

# RÉSULTATS DE LA CAMPAGNE DE LA VACCINATION DES USAGERS ET DU PERSONNEL DE L'IUCPQ

Cette année, dans le cadre de la vaccination contre l'influenza saisonnière, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) a travaillé de concert avec le Service santé au travail (SST) pour rendre disponible et accessible la vaccination du personnel et des usagers. À cet égard, des équipes de « leaders positifs » dans chacune des unités de soins et des cliniques externes reliées ont été formées. Le but de cette démarche était de former des motivateurs pour inciter tant les usagers que le personnel à se faire vacciner. Ainsi, grâce à votre implication, votre constance et votre rigueur, cette campagne a été un franc succès.

Merci à vous, chers collaborateurs, pour avoir fait de cette campagne une réussite.

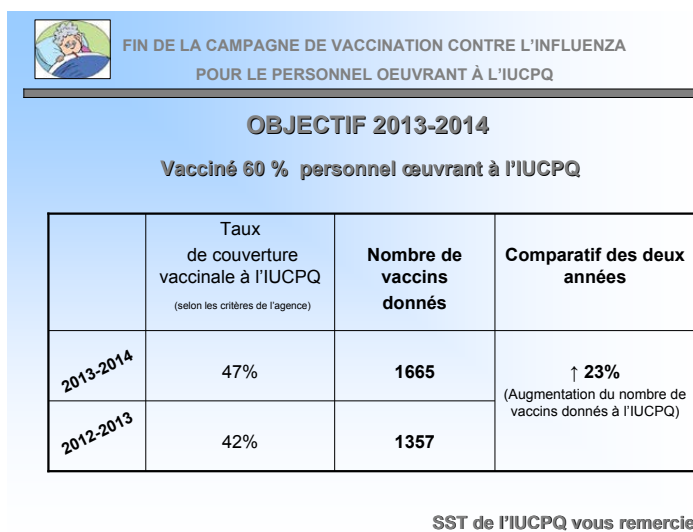


**FIN DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION 2013-2014**  
OBJECTIF 2013-2014 : Évaluer 1100 usagers

	Nombre d'évaluations réalisées Unités de soins	Nombre d'évaluations réalisées S. Ambulatoire	Nombre d'évaluations réalisées à l'IUCPQ
2013-2014	1472	272	1744
2012-2013	1263	169	1432

Grâce à cette réussite,  
aucune éclosion d'influenza  
**MERCI À TOUS!**

L'équipe de prévention et contrôle des infections



**FIN DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA  
POUR LE PERSONNEL OEUVRANT À L'IUCPQ**

**OBJECTIF 2013-2014**  
Vacciné 60 % personnel œuvrant à l'IUCPQ

	Taux de couverture vaccinale à l'IUCPQ <small>(selon les critères de l'agence)</small>	Nombre de vaccins donnés	Comparatif des deux années
2013-2014	47%	1665	↑ 23% <small>(Augmentation du nombre de vaccins donnés à l'IUCPQ)</small>
2012-2013	42%	1357	

SST de l'IUCPQ vous remercie!

Hélène Beaulieu  
Infirmière en PCI

Marie-Josée Laflamme  
Chef des activités en SST

## CAPSULE DE PRÉVENTION

### DU NOUVEAU EN SST!

Le 11 février dernier, le conseil d'administration approuvait la *Politique relative à la santé, la sécurité et à la qualité de vie au travail (DRH-509)*. Cette politique constitue la pierre angulaire du processus qui vise l'amélioration continue de la qualité de l'environnement de travail, par la mise en place d'un système de gestion intégré et efficace de la prévention. Elle a pour but de préciser les rôles et les responsabilités de chaque intervenant en matière de santé et de sécurité au travail, avec comme principal objectif de développer une vision commune des intervenants de l'IUCPQ et une culture en matière de prévention.

Merci aux nombreuses personnes qui ont participé au processus de consultation.

Vous pouvez consulter la politique sur le site intranet, dans la section *Politiques, directives et procédures*.

Sécuritairement vôtre!

Johanne Dubé  
Hygiéniste du travail



# SAVIEZ-VOUS QUE L'INSTITUT TRAVAILLE À IMPLANTER UNE POLITIQUE ALIMENTAIRE?

La politique alimentaire de l'Institut a été adoptée en 2012. Cette politique s'inscrit dans le *plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* du gouvernement du Québec. Elle vise à favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires, tout en assurant une offre de produits variés et sains.

La politique alimentaire a été élaborée par un comité constitué d'une équipe multidisciplinaire : agent en approvisionnement, chef des activités d'alimentation, chef de production et de distribution, chercheure, directeur adjoint aux services techniques, infirmière, médecin, nutritionnistes, représentant du comité des usagers et technicienne en diététique. Elle a fait l'objet de consultation auprès de nombreux groupes : CMDP, CII, CM, cadres, syndicats, Association des bénévoles et comité des usagers.

Bien entendu, une telle politique amène plusieurs changements dans nos habitudes, mais ces changements, qui ont déjà débuté depuis 2011, seront implantés graduellement. Vous verrez apparaître graduellement le logo « APPROUVÉ SANTÉ » sur le menu et sur les différentes offres de la cafétéria. Ce logo vous certifie que l'aliment a été évalué et qu'il correspond aux normes de la politique alimentaire de l'Institut.

Parce que la santé est au cœur de nos préoccupations et qu'elle se définit aussi en termes de ce qui est beau et bon, nous visons une offre alimentaire qui soit saine, agréable à l'œil et au goût. C'est avec impatience et enthousiasme que nous nous préparons à partager avec vous ce beau projet.

*Mylène Lebrun-Paré, chef des activités d'alimentation*  
*Myriam Turgeon, dtp, responsable du projet*  
*Nancy Dancause, chef de production et de distribution*

## SATISFACTION DES PATIENTS DE L'IUCPQ

Composante essentielle d'un processus d'amélioration continue de la qualité de la nourriture servie, l'évaluation de la satisfaction de nos patients nous permet de connaître leurs préférences, de mesurer le taux de satisfaction et d'identifier des pistes d'amélioration. À l'automne 2013, le comité des usagers a sondé la clientèle avec l'aide de deux stagiaires en nutrition. Interrogés sur leur appréciation des repas, 113 patients se sont exprimés. L'appréciation générale de la clientèle est très satisfaisante. En effet, 77 % d'entre eux trouvent que la nourriture qui leur est servie est excellente ou bonne. Aussi, 35 % des patients hospitalisés à l'Institut ont déjà séjourné dans un autre centre hospitalier et 51 % d'entre eux pensent que la nourriture servie ici est meilleure!

Bravo au personnel de la cuisine et au personnel soignant pour la qualité de la nourriture et des soins prodigués à notre clientèle. Le comité de menu patient continuera sa rencontre mensuelle afin d'améliorer constamment le menu des patients.

*Mylène Lebrun-Paré*  
*Chef des activités d'alimentation*  
*Nancy Dancause*  
*Chef de production et de distribution*  
*Myriam Turgeon*  
*Nutritionniste en gestion*

NOUVEL OUTIL NOVATEUR D'ENSEIGNEMENT  
L'APPLICATION MOBILE **CARDIO VIRTUEL**

ACCÉDER RAPIDEMENT À UNE BANQUE UNIQUE D'ENSEIGNEMENT EN CARDIOLOGIE.

Sylvain Lemay, étudiant en médecine, D<sup>r</sup> Mathieu Bernier, cardiologue IUCPQ, Judith Alain, externe en médecine et conceptrice, D<sup>r</sup> Sébastien Bergeron, cardiologue IUCPQ et concepteur, et D<sup>r</sup> Annie Lemieux, cardiologue CHU de Québec. Collaborateurs absents sur la photo : D<sup>r</sup> Kim O'Connor, D<sup>r</sup> Elizabeth Bédard, D<sup>r</sup> François Philippon, D<sup>r</sup> Jonathan Beaudoin, D<sup>r</sup> Mario Sénéchal et D<sup>r</sup> Luce Cantin.

QU'EST-CE QUE C'EST?	LES AVANTAGES?	S'ADRESSE À QUI?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseignement sous forme de quiz et de courtes réponses vulgarisées.</li> <li>Intègre les techniques d'imagerie cardiaque, soit les ECG, les échocardiographies, les radiographies et les TDM.</li> <li>Résumés concis des principaux points essentiels par pathologie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité d'utilisation hors-réseau Internet - Utilisable en centre hospitalier ou en clinique.</li> <li>Moteur de recherche rapide des vidéos explicatives par pathologie.</li> <li>Accueil de 80 cas de questions-réponses. Nombreux ajouts à venir.</li> <li>Mises à jour régulières.</li> <li>Disponible en français.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudiants en médecine</li> <li>Médecins résidents</li> <li>Omnipraticiens</li> <li>Urgentologues</li> <li>Internistes</li> <li>Cardiologues</li> </ul>

TÉMOIN OU AUTEUR DE BONS COUPS?  
NE SOYEZ PAS LES SEULS À EN PROFITER. PARTAGEZ-LES!

Écrivez-nous à l'adresse suivante : [BonsCoups@sss.gouv.qc.ca](mailto:BonsCoups@sss.gouv.qc.ca)  
Ou visitez l'intranet dans la section À propos de l'Institut



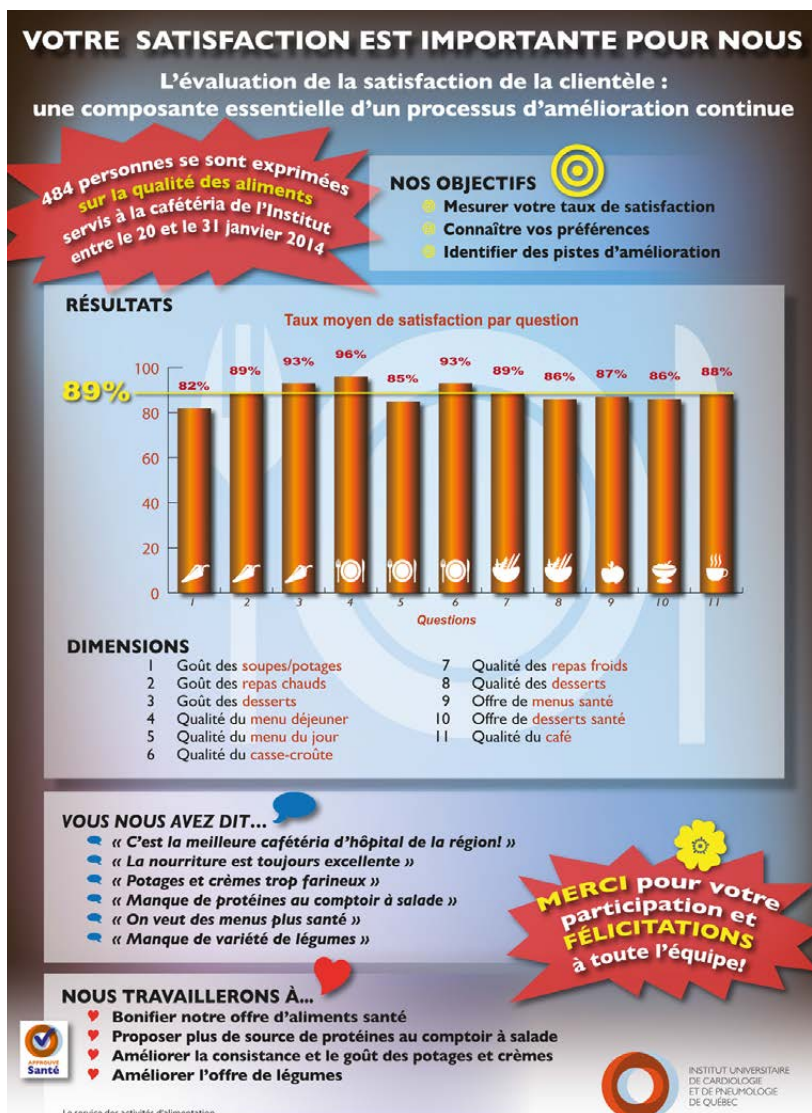
# SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE DE LA CAFÉTÉRIA DE L'IUCPQ

COMPOSANTE ESSENTIELLE D'UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DE LA NOURRITURE SERVIE, L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE PERMET DE CONNAÎTRE SES PRÉFÉRENCES, DE MESURER SON TAUX DE SATISFACTION ET D'IDENTIFIER DES PISTES D'AMÉLIORATION.

Le dernier sondage auprès de la clientèle de la cafétéria a été effectué en mars 2011, soit avant l'arrivée de la politique alimentaire. Étant actuellement en poursuite d'implantation de cette dernière, il s'avère essentiel de recueillir vos impressions afin de poursuivre les changements entamés de façon à vous satisfaire. À l'hiver 2014, deux stagiaires du baccalauréat en nutrition à l'Université Laval, Sarah Boudreau Turpin et Maude Bradette-Laplante, ont procédé à une évaluation de la satisfaction de la clientèle de la cafétéria. Interrogées sur leurs habitudes de consommation à la cafétéria de l'Institut, 484 personnes se sont exprimées sur la qualité des aliments servis. Voici les résultats du sondage réalisé du 20 au 31 janvier 2014 :

**BRAVO** au personnel de la cafétéria qui a eu une note de 97 % de satisfaction de la clientèle pour la qualité du service.

Au précédent sondage (2011), vous nous avez mentionné que vos priorités étaient que l'offre d'aliments santé, la qualité et la variété des repas froids ainsi que la qualité et l'offre du café soient améliorés. Lors des dernières années, le service alimentaire a travaillé sur ces éléments en priorité. À titre d'exemples, deux machines à café Van Houtte ont été ajoutées, des paninis ont fait leur apparition sur le menu et des desserts plus santé tels que des verrines ont été placés sur les tablettes. Les résultats du présent sondage révèlent d'ailleurs une amélioration de 4 % de la qualité des repas froids, de 9 % de l'offre de menu santé, de 8 % de l'offre de desserts santé et de 13 % de la qualité du café.



En réponse au dernier sondage, les nouveaux objectifs pour l'année 2014-2015 sont :

- Bonifier l'offre d'aliments santé.
- Proposer plus de sources de protéines au comptoir à salade.
- Améliorer la consistance et le goût des potages et des crèmes.
- Améliorer l'offre de légumes.



Nous tenons à vous remercier d'avoir participé en grand nombre au sondage sur la satisfaction de la clientèle à la cafétéria. Nous vous rappelons qu'en tout temps, il vous est possible de nous remettre vos commentaires, soit dans les boîtes à suggestion disponibles à la cafétéria ou en composant le 5370 pour rejoindre la nutritionniste en gestion.

Félicitations à la gagnante d'un repas gratuit à l'Intermed, Nicole Faguy!

*Mylène Lebrun-Paré*  
Chef des activités d'alimentation

*Nancy Dancause*  
Chef de production et de distribution

*Myriam Turgeon*  
Nutritionniste en gestion

# IMPLANTATION D'UN SYSTÈME INFORMATIQUE DE GESTION DES CURRICULUM VITAE « CVManager »

Le 16 décembre dernier, la Direction des ressources humaines a procédé à l'implantation d'un système informatique de gestion des curriculum vitae « CVManager ». Ce système offre de nombreuses possibilités, notamment celle d'effectuer la recherche de candidats qualifiés dans la banque de données et d'effectuer des préqualifications de curriculum vitae selon nos critères. De plus, nous sommes en mesure de recevoir des « Alerte-courriel » en temps réel nous indiquant les nouvelles candidatures reçues pour des postes clés. Depuis l'implantation de ce système, 1025 candidats se sont abonnés à nos « Alerte-emploi » tandis que notre banque informatisée de curriculum vitae contient 618 candidats pour des emplois réguliers et 153 candidats pour des emplois étudiants.

Toute personne désirant soumettre sa candidature à l'Institut est invitée à se rendre sur notre site Internet sous l'onglet « Emplois » et à poser sa candidature sur le poste désiré ou à s'inscrire dans la banque des « Candidatures spontanées ». Également, elle a la possibilité de s'inscrire à des « Alerte-emploi » et ainsi être au fait de tous nos nouveaux postes correspondant à son profil.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe de recrutement de la DRH.

---

*Isabelle de Cournaud*  
Agente de la gestion du personnel

## *l'Extra* DSI



M<sup>me</sup> Nathalie Thibault, directrice des soins infirmiers

### MOT DE LA DIRECTRICE

D'abord, c'est avec un très grand plaisir que je félicite M. Frédéric Douville, conseiller cadre aux activités cliniques à la DSI, pour l'obtention avec mérite de son **doctorat en sciences infirmières**. Sa soutenance de thèse traitait du sujet suivant : « Comment favoriser le don d'organes et de tissus : un enjeu pour les professionnels de la santé ». M. Douville a également d'autres intérêts de recherche, notamment sur la compréhension des comportements des professionnels de la santé et sur le transfert de connaissances en soins infirmiers. C'est une chance unique de l'avoir dans notre équipe.



M. Frédéric Douville, Inf. Ph.D., conseiller cadre aux activités cliniques, DSI, IUCPQ

Les articles du présent journal s'inspirent du thème de la recherche en sciences infirmières. Force est de constater que mettre en place une culture de recherche en soins infirmiers n'est pas chose facile. D'abord, les infirmières doivent se sentir concernées par le développement et l'application de la recherche dans leur pratique quotidienne. Se questionner, c'est grandir et évoluer dans sa pratique!

De plus, dans la dernière parution du journal, les membres du comité du journal de la DSI ont organisé un concours afin de trouver un nom pour les pages dédiées aux soins infirmiers. Le titre qui ayant obtenu le plus de votes est : L'Extra DSI, proposé par M<sup>me</sup> Josée Naud. Elle recevra un certificat-cadeau.

---

*Nathalie Thibault*  
Directrice des soins infirmiers

## COMMENT FAVORISER LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS : UN ENJEU POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Malgré les campagnes de promotion gouvernementales et locales, le nombre de donateurs d'organes et de tissus humains n'est pas suffisant pour répondre aux besoins. Dans un système de consentement explicite aux dons d'organes et de tissus humains, comme au Canada, la famille est approchée après le décès d'une personne afin de vérifier l'intérêt de consentir au don. Ainsi, le don d'organes et de tissus humains repose sur l'initiative des professionnels de la santé. Le manque de référence des donateurs potentiels d'organes et de tissus humains par les professionnels de la santé s'explique par des problèmes d'identification des donateurs potentiels, d'approche des familles et de référence aux organismes responsables du don. Pour contrer cette problématique, plusieurs interventions ont été développées afin d'accroître les connaissances et améliorer les habiletés des professionnels de la santé envers le processus du don. Quelle est l'efficacité de ces interventions? C'est le questionnaire à l'origine de cette thèse doctorale qui étudiait les interventions auprès des professionnels de la santé favorisant la référence de donateurs potentiels.

D'abord, une revue systématique a identifié les interventions auprès des professionnels de la santé et elle a analysé leur efficacité à promouvoir les pratiques professionnelles favorisant le don dans les milieux cliniques. Les interventions retenues étaient de nature éducative (conférences, ateliers, affiches, dépliants, rencontres d'équipes) ou organisationnelle (création d'un poste d'infirmière ressource en dons, création d'une ligne téléphonique de référence). Les interventions les plus fréquentes consistaient à fournir de l'information sur le processus du don. Malgré le grand nombre d'interventions utilisant cette stratégie pour influencer les professionnels, les évaluations démontraient que cela ne se traduisait pas par une augmentation du nombre de références de donateurs potentiels et des taux de dons. De plus, il était impossible d'établir l'efficacité réelle de ces interventions en raison de lacunes méthodologiques, d'échantillons mal définis ou de détails manquants sur les interventions ou leur évaluation. Au final, cette revue systématique ne donnait pas de direction particulière pour innover ou développer une nouvelle intervention favorisant les dons d'organes et de tissus humains par les professionnels de la santé.

Conséquemment, une intervention visant à augmenter le taux de référence de donateurs potentiels de tissus oculaires a été développée, mise en œuvre et évaluée. Cette intervention, basée sur la stratégie d'activation des intentions, prenait la forme d'un questionnaire invitant les infirmières à planifier une action spécifique face aux barrières à référer des donateurs potentiels de tissus oculaires aux intervenants responsables du don. Cette étude a pris la forme d'un essai clinique randomisé en grappes auprès de 26 unités

de soins dans cinq hôpitaux. Ainsi, des 26 unités de soins sélectionnées, les infirmières de treize unités de soins ont eu la possibilité de répondre au questionnaire/intervention. Le taux de référence de donateurs de globes oculaires a été mesuré dans chaque unité de soins, six mois avant l'intervention et trois mois après l'intervention. Au final, l'étude n'a pas démontré d'augmentation des taux de référence, malgré la démonstration d'une intention favorable des infirmières à référer tout donneur potentiel de tissus oculaires. Cette absence de changement significatif des taux de référence est attribuable à la méthode de distribution des interventions imposées par les milieux cliniques et en raison d'un changement dans la loi sur les dons obligeant la référence de tout donneur potentiel d'organes et de tissus humains.

Toutefois, le changement dans la loi nous a amené à nous questionner si elle allait réellement hausser les taux de référence de donateurs potentiels de tissus oculaires. Ainsi, dans le troisième volet de cette thèse, nous avons évalué l'impact de cette loi sur les taux de référence de donateurs potentiels de tissus oculaires. Une mesure d'évaluation identique à l'évaluation de l'intervention a été utilisée à partir des bases de données d'Héma-Québec et des services des archives des hôpitaux visés. Cette évaluation a démontré que le taux de référence de tissus oculaires n'a pas augmenté après l'implantation de la nouvelle législation. Après une analyse qualitative des extraits parlementaires sur le développement de cette loi, il a été noté diverses lacunes ayant probablement conduit à cette absence de changement du taux de référence avant et après la mise en vigueur de cette loi. Il a été noté que plusieurs acteurs importants dans le développement de la loi n'ont pas participé à la rédaction. De plus, cette loi n'était accompagnée d'aucune stratégie pour l'implantation dans les milieux cliniques. Ces manques justifient certainement l'absence de changement dans les taux actuels d'organes et de tissus.

Les résultats de cette thèse nous permettent de conclure que dans un système de santé comme au Canada, le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions favorisant les dons d'organes et de tissus humains demeurent une avenue de recherche pertinente.

*Frédéric Douville*

*Conseiller cadre aux activités cliniques*

## PARTICIPATION DES USAGERS À L'AUDIT DE L'HYGIÈNE DES MAINS DES SOIGNANTS : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Quelques-uns des grands défis auxquels sont confrontés les centres hospitaliers du Québec consistent en la réduction des infections nosocomiales et l'implication des usagers dans le processus de soins. Un projet de recherche novateur,



qui englobe ces deux aspects, a été amorcé à l'IUCPQ en 2012 dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en prévention et contrôle des infections (PCI) et en santé publique.

Mise en contexte de l'étude : L'hygiène des mains (HDM) est le moyen le plus efficace pour prévenir les infections nosocomiales. Cependant, l'observance des soignants à l'HDM reste faible. L'audit des pratiques d'HDM est une étape clé à son amélioration et elle est requise par Agrément Canada. Or, l'observation directe de l'HDM par les professionnels de la santé, méthode habituelle pour procéder à ces audits, comporte ses limites. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organisations d'importance suggèrent que les usagers puissent réaliser de tels audits. Cette possibilité n'a jamais été étudiée chez une population d'usagers hospitalisés. C'est pourquoi une étude prospective exploratoire et préexpérimentale est proposée dans le but d'explorer la faisabilité d'impliquer les usagers à titre d'auditeurs des pratiques d'HDM des soignants, et ce, dans le contexte d'un milieu de soins aigus québécois.

Déroulement de l'étude : À l'unité de chirurgie bariatrique de l'IUCPQ, 72 usagers hospitalisés seront recrutés en période postopératoire puis formés à auditer l'observance des soignants à réaliser l'HDM avant de prodiguer des soins (le « moment 1 » de la campagne canadienne des soins sécuritaires). Les usagers volontaires formés et ayant démontré qu'ils ont la compétence nécessaire pour réaliser l'audit procèdent à la mesure de l'HDM des soignants lors des soins quotidiens. Les soignants de l'unité de soins sont informés de l'étude et la soutiennent. Les déterminants du comportement d'audit par les usagers sont investigués ainsi que le vécu de l'expérience des usagers ayant participé à l'étude. Les données récoltées sont totalement anonymes, comme il est usuellement fait lors des audits réalisés annuellement à l'IUCPQ.

Résultats de l'étude pilote : Depuis 2012, 33 usagers ont été approchés (âge moyen, 47 ans) et 17 d'entre eux (52 %) ont accepté de participer à l'étude. Parmi les usagers ayant accepté de participer, 76 % ont complété la formation et 92 % ont démontré avec succès leur compétence à mesurer l'HDM. Le temps moyen pour recruter, former puis vérifier la compétence des participants est de quinze minutes. À la fin de leur séance d'observation, les participants ont accumulé un total de 92 observations de l'HDM (moyenne de 7,7 observations/usager/24 h). Le taux d'observance d'HDM des soignants était de 56,6 %. Le questionnaire permettant d'explorer le vécu de l'expérience des usagers a révélé que l'expérience de ces derniers était très positive.

- 81 % se sont sentis suffisamment formés pour conduire les observations;
- 81 % ont rapporté que la mesure de l'hygiène des mains n'était pas difficile à réaliser;
- 72 % ont déclaré qu'ils accepteraient d'évaluer un autre aspect de la qualité des soins dans le futur;

- 81 % ont rapporté que cet exercice n'avait pas eu d'impact négatif sur leur perception de la qualité des soins;
- Un seul usager a déclaré ne pas se sentir à l'aise de réaliser ces mesures.

Globalement, ces résultats préliminaires suggèrent que les usagers admis en chirurgie bariatrique peuvent être formés avec succès pour réaliser la mesure de l'hygiène des mains des soignants et que ces derniers en retirent une expérience très positive.

Valeur attendue du projet et perspectives d'avenir : Nous croyons que la réalisation de ce projet de recherche entraînera de nombreuses retombées favorables, tant pour les usagers que pour l'Institut. Entre autres, la formation donnée aux usagers améliorera leurs connaissances, leur compréhension du milieu hospitalier et leur niveau de savoir médical (*health literacy*), ce qui est généralement associé à une meilleure santé globale des individus. De plus, la formation les sensibilisera à l'importance de l'HDM comme moyen efficace de prévenir les infections nosocomiales. Ils auront une meilleure compréhension sur la façon dont ils peuvent se protéger contre ces infections et cela leur sera bénéfique, même après leur congé médical. Ce projet contribuera à positionner l'IUCPQ en tant que leader dans la sécurité des soins et en PCI. Un message clair sera transmis à la population, à savoir que l'HDM et la PCI sont au centre de ses priorités. À la suite de la complétion de l'étude et de l'analyse des résultats, l'équipe de PCI pourrait intégrer cette nouvelle méthode aux méthodes actuelles d'audit de l'HDM. Ultimement, les connaissances acquises lors de cette étude pourront contribuer à la réduction des erreurs médicales et des infections nosocomiales.

Nous tenons à remercier les nombreux partenaires appuyant le projet et qui ont permis son initiation, entre autres la Fondation de l'IUCPQ, l'équipe de chirurgie bariatrique, l'équipe de PCI, la DSI, la direction générale, le CII, le CMDP et le CM. Enfin, un merci spécial à mes directeurs de mémoire, Dr Yves Longtin et M<sup>me</sup> Maria Cecilia Gallani.

La poursuite du recrutement des usagers dans le cadre de cette étude est prévue au cours de l'année 2014.

*Lori Côté*

*Infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections*

## LEAN : LA MOBILISATION DE L'ÉQUIPE FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE

Depuis plusieurs mois, des travaux ont été exécutés en lien avec le projet LEAN au bloc opératoire. Découlant de ces travaux, un sous-groupe de travail pour la trajectoire de la chirurgie cardiaque a été formé afin de répondre

aux besoins spécifiques de cette clientèle. Un exercice « Kaizen Blitz » a eu lieu le 15 novembre dernier avec l'appui de M. Sébastien Blais, coordonnateur – Optimisation des processus et de la performance à l'IUCPQ, et avec une firme externe. Cet exercice ciblait principalement la trajectoire de l'utilisateur entre le bloc opératoire, les soins intensifs, le 3<sup>e</sup> PC et les activités ambulatoires postopératoires. L'équipe, formée d'infirmières, d'IPS, du chef d'unité de soins et de chirurgiens, choisit de concentrer ses efforts sur la diminution du délai entre l'autorisation médicale du départ de l'utilisateur et le moment où il quitte l'hôpital. L'objectif recherché est de fournir un lit au moment exact où l'utilisateur en a besoin, que ce soit à son admission, à la sortie de salle d'opération ou lors de son transfert des soins intensifs. Pour ce faire, plusieurs mesures ont été prises, dont la tenue d'une réunion de service permettant au personnel infirmier de comprendre l'enjeu du départ précoce des utilisateurs. De plus, plusieurs modifications ont été apportées dans la routine de l'unité. Les infirmières praticiennes spécialisées en chirurgie cardiaque (IPS) se sont engagées à confirmer les départs ciblés la veille avant 9 h 15. Une réunion de coordination des lits pour la trajectoire des utilisateurs se tient le matin même à 9 h 30. L'AIC porte une attention particulière à la planification des admissions/départs/transferts en fonction des besoins des utilisateurs. Elle soutient les infirmières dans le respect des délais visés. Aussi, une infirmière a été libérée pour soutenir le personnel dans ce changement majeur. Depuis l'implantation, le délai entre l'autorisation du départ et l'heure réelle à laquelle l'utilisateur quitte son lit a diminué à 2 h 30 alors qu'il était de 5 à 7 heures auparavant. C'est un gain majeur qui permet une meilleure coordination des activités de soins. Au-delà des chiffres, ce résultat est la preuve que la mobilisation et l'engagement de l'équipe sont essentiels à la réalisation de tels changements. Je tiens à souligner l'ardeur et le dévouement des membres de l'équipe du 3<sup>e</sup> PC pour leur implication quotidienne dans ce projet. Ce projet n'aurait pu être relevé sans eux. Défi relevé, mille mercis!

*Erik Plourde*  
*Chef de service, 3<sup>e</sup> PC unité*  
*de soins et cliniques ambulatoires*  
*de chirurgie cardiaque*

## REGARD SUR UN PROJET DE RECHERCHE INFIRMIER POUR DIMINUER L'AGITATION DES USAGERS

En octobre 2013, une étude réalisée par un groupe d'infirmières américaines a été publiée sur la problématique de l'agitation des utilisateurs qui sont sous surveillance constante lors de leur séjour. L'étude a eu lieu dans un hôpital de 850 lits du Connecticut, dans lequel les auteures travaillent, qui emploie 40 personnes à temps complet pour parvenir aux besoins des utilisateurs nécessitant une surveillance continue. Elles ont inclus dans leur projet les utilisateurs faisant partie des unités de médecine, de chirurgie et d'autres spécialités. Ceux de l'unité de psychiatrie ont été exclus. Les utilisateurs étaient surveillés pour des raisons d'agitation reliée à la démence, au delirium, à des traumatismes craniocérébraux ou à une dépendance à une substance. Au total, sur une période de sept mois, des données ont été collectées sur 74 utilisateurs, 60 hommes et 14 femmes, âgés entre 17 et 94 ans. En effet, les infirmières ont été questionnées sur la façon d'optimiser le bien-être et de rendre plus sécuritaire la présence des « surveillants » et non pas en diminuer le nombre. Cette tâche est accomplie par des membres du personnel infirmier et par des étudiants dans le domaine de la santé.

Après une analyse auprès de leur organisation, elles ont découvert que malgré l'utilisation répandue de ces surveillants, cette mesure n'était pas rentable et elle ne réduisait pas les blessures chez les utilisateurs. De plus, les utilisateurs rapportaient qu'ils se sentaient observés ou qu'on faisait intrusion dans leur vie privée. Les surveillants, pour leur part, trouvaient ennuyant de regarder un utilisateur sans interagir avec lui pendant plusieurs heures. Après ce constat, les surveillants ainsi que les membres du personnel soignant ont été formés lors de l'embauche et de séances ponctuelles de formation, pour que ceux-ci entreprennent des activités avec les utilisateurs surveillés. De façon surprenante, les résultats étaient favorables. Cependant, cette stratégie était trop peu souvent utilisée, en particulier avec les utilisateurs nécessitant une surveillance constante.

Des surveillants ont été sélectionnés sur une base volontaire et ils ont été formés pour utiliser une échelle de quatorze points, « Agitation Behavior Scale » (ABS), pour évaluer l'agitation des utilisateurs avant, pendant, et jusqu'à une heure après une activité proposée pour eux. Chaque comportement évalué sur l'échelle pouvait être noté de 1 (absent) à 4 (extrême), pour un total entre 14 et 56. Les utilisateurs participants étaient classés dans trois groupes différents, selon leur résultat à l'échelle avant l'intervention : 14 à 19 points (agitation légère), 20 à 29 points (agitation modérée) et 30 points ou plus (agitation sévère).

Des activités, telles que la lecture, des mots croisés, un jeu de cartes, de la musique classique, étaient offertes en fonction de l'intérêt des utilisateurs lorsqu'ils devenaient agités. En général, les résultats ont démontré qu'il y avait une diminution marquée de l'agitation lors des interventions thérapeutiques individualisées et que parfois, cette diminution perdurait pour un certain temps par la suite. L'effet le plus marqué s'est produit dans le groupe qui possédait le score le plus élevé à l'ABS avant l'intervention. Pour près de 75 % des utilisateurs, leur score diminuait pendant l'activité et pour 64 % d'entre eux, il restait bas pour l'heure qui la suivait. Des signes de satisfaction chez eux ont également pu être notés, comme un sourire, un rire et une augmentation des interactions avec d'autres gens. Ils ont également dit se sentir plus dignes et moins comme si on les retenait prisonniers. L'effet était également présent chez les surveillants qui ont rapporté avoir de meilleurs contacts avec leur protégé et qu'ils sentaient qu'ils avaient fait une différence.

Ces activités ont également rendu la surveillance plus sécuritaire, puisqu'aucun usager ne s'est blessé ni n'est tombé pendant le déroulement des activités.

Force est donc de constater que leur projet fut une réussite. Il est maintenant implanté dans d'autres secteurs du centre hospitalier. Par exemple, l'unité de soins postopératoires offre désormais des activités aux patients qui viennent de se réveiller d'une opération. Ils ont remarqué que cela avait réduit le besoin de contentions chimiques et physiques lorsque le patient présentait des signes d'agitation.

Les auteures suggèrent de poursuivre les recherches pour déterminer si la mise en place d'activités individualisées avec le patient et le surveillant affecte la quantité, la fréquence, et la durée d'utilisation des médicaments pour réduire l'agitation.

Pour avoir plus de détails sur cette étude, vous pouvez y avoir accès en ligne gratuitement au [http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2013/10000/Decreasing\\_Patient\\_Agitation\\_Using\\_Individualized.24.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2013/10000/Decreasing_Patient_Agitation_Using_Individualized.24.aspx)

Référence : WASZYNSKI, Christine MS, RN, GNP-C; VERONNEAU, Patricia MSN, RN; THERRIEN, Karyn MSN, RN; BROUSSEAU, Melissa BSN; MASSA, Angela BSN; LEVICK, Sarah BSN, (2013) « Decreasing patient agitation using individualized therapeutic activities », American Journal of Nursing, vol. 113, no 10, p. 32-39.

*Marie-Pier Caron*

*Conseillère en soins infirmiers par intérim*

## INTÉGRATION D'UNE APPROCHE DE SOINS PALLIATIFS AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ATTEINTE DE CANCER DU POU MON

Les soins palliatifs et de soutien visent à améliorer la qualité de vie de nos usagers atteints de cancer. L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) recommande que l'approche palliative soit intégrée dès l'annonce du diagnostic pour les personnes atteintes de cancer du poumon non à petite cellule représentant 85 % de tous les cas de cancer du poumon. Un projet de recherche baptisé « SATIN 2 » visant à soutenir l'intégration d'une approche palliative auprès de différentes clientèles, est d'ailleurs en cours à l'IUCPQ de même que dans trois autres centres hospitaliers. À l'IUCPQ, le projet est chapeauté par M<sup>me</sup> Lise Fillion et M. Jean-François Desbiens, professeurs à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et par une équipe de l'IUCPQ incluant D<sup>re</sup> Lise Tremblay, M. Sébastien Simard, M<sup>me</sup> Brigitte Fournier, M<sup>me</sup> Josée Beaudet et D<sup>re</sup> Michèle Aubin. Il s'agit d'une étude participative qui implique autant les gestionnaires, les cliniciens que les usagers dans le processus de recherche, dans le but de répondre aux besoins des usagers. Ainsi, des intervenants et des chefs d'unités, particulièrement en oncologie ambulatoire, à la clinique de chirurgie thoracique, en soins palliatifs et en pneumologie générale ainsi que des usagers atteints de cancer du poumon et leurs

proches ont été consultés pour connaître leurs besoins. De l'analyse de ces rencontres ont émergé des constats similaires entre les différents groupes d'acteurs qui révèlent la qualité des soins reçus à l'IUCPQ. Les constats face aux besoins exprimés au cours des différents entretiens vous seront présentés lors d'une prochaine édition.

*Chantale Dumont*

*Infirmière clinicienne trajectoire médecine pulmonaire par intérim*

## CE QUE NOUS DISENT LES CHEFS D'UNITÉS ET LES ASSISTANTES INFIRMIÈRES-CHEFS?

Comme prévu, nous vous présentons l'article deux sur les résultats du projet de recherche sur la complémentarité des rôles entre les chefs d'unités (IC) et les assistantes infirmières-chefs (AIC) au sein de deux hôpitaux de la région de Québec. Au total, 27 AIC et 17 IC ont participé à la recherche, représentant ainsi tous les secteurs. Le tableau ci-dessous est un exemple, non exhaustif, de quelques-unes des catégories retenues à partir de la littérature ou des entrevues.

CATÉGORIE CLINIQUE		CATÉGORIE ADMINISTRATIVE	
C1	Soins directs : Intervient auprès ou en présence de l'usager.	A1	Gestion financière de l'unité : Prépare le budget annuel, les rapports périodiques.
C2	Soins indirects : Intervient entourant les soins directs (en dehors de la présence de l'usager).	A2	Gestion des ressources (matériel et équipement) : Contrôle des inventaires, commandes, vérifications, etc. Promeut l'utilisation efficace du matériel et des équipements.
C3	Contrôle de la qualité des soins : Gère des risques. Gère les plaintes des usagers de leurs familles. Suit les indicateurs de qualité.	A3	Gestion des ressources humaines : dotation de postes, encadre le nouveau personnel, facilite son intégration et son développement.
C4	Supervision : Agit comme personne-ressource auprès des infirmières pour la planification, la distribution. Évalue la pratique infirmière.	A4	Gestion des horaires : Gère des demandes de congé, d'échanges de quarts, heures supplémentaires, etc. Participe à l'organisation et à la coordination du personnel en regard des besoins en effectif de l'unité.

Une première analyse permet de ressortir trois grands constats.

**1<sup>er</sup> constat :** Nous observons un écart entre les réponses obtenues durant les entrevues et les activités observées. La proportion administrative apparaît plus importante lors des journées d'observation, et ce, tout aussi bien pour les IC que pour les AIC. Les IC consacrent de 70 % à 80 % de leur temps à réaliser des activités administratives et de 20 % à 30 % à réaliser des activités cliniques. Quant aux AIC, c'est environ 45 % à 55 % de leur temps qui est alloué aux activités administratives

et le reste du temps est alloué à des activités d'ordre clinique. Lors des groupes de validation, les IC et les AIC de jour et de nuit se sont majoritairement reconnues dans les journées d'observation. Le fait de trouver un écart avec les résultats des entrevues et des groupes de discussion proviendrait, selon les IC et AIC, de leur désir de se consacrer davantage aux activités cliniques, ce qui dans le quotidien s'avère difficile. Pour ce qui est des AIC de soir, elles se reconnaissent plus dans les résultats des entrevues, elles considèrent faire davantage d'activités d'ordre clinique.

**2<sup>e</sup> constat :** La gestion financière de l'unité correspond non pas à un pouvoir de décision sur le budget ou à la préparation du budget annuel comme indiqué dans la catégorie administrative, mais bien au respect d'une enveloppe budgétaire allouée par la direction. L'IC est imputable de tous les dépassements de budget et elle doit faire respecter le budget par le personnel sur l'unité de soins. Pour y parvenir, elle développe avec l'AIC une complémentarité qui favorise le respect des budgets, par le fait que les AIC sont toujours présentes sur l'unité. Elles sont donc plus près du personnel infirmier et elles peuvent exercer une sensibilisation et un contrôle des dépenses.

**3<sup>e</sup> constat :** Certaines catégories nous apparaissent peu représentées. Il s'agit notamment de la catégorie « gestion des ressources humaines » qui est sous-représentée. Cette catégorie correspond au recrutement et à l'encadrement du nouveau personnel afin de faciliter son intégration, ainsi que la gestion des codes de déontologie et des conventions collectives. Finalement, la catégorie « développement clinique » est quasi absente. Cette dernière correspond à la planification, à l'organisation, à l'actualisation des programmes de soins, au soutien clinique ainsi qu'à la conception et à l'implantation de la programmation d'outils cliniques. Les AIC nous disent faire de moins de développement clinique et les IC en font peu. Il est à noter que cela nous inquiète, car le développement clinique est crucial pour assurer le respect des normes et des indicateurs de qualité des soins. La sous-représentation et l'absence de ces deux catégories, dans les entrevues et dans l'observation, restent à expliquer.

Voici donc pour ce qui en est des résultats préliminaires. Une analyse plus approfondie des catégories couvertes ou non par ce que font les IC/AIC est en cours, notamment pour mieux comprendre les différences entre les rôles et les responsabilités de chacune. En ce qui concerne la complémentarité des rôles, l'équipe de recherche poursuit son travail en vue de proposer un modèle qui sera présenté ultérieurement.

*M<sup>me</sup> Clémence Dallaire, professeure titulaire,  
Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval*

*M<sup>me</sup> Nathalie Thibault, directrice des soins infirmiers, IUCPQ*

*M<sup>me</sup> Sandrine Hegg-Deloye, Ph.D, assistante de recherche*

*M<sup>me</sup> Geneviève Audet, assistantes de recherche*

*M<sup>me</sup> Geneviève Roch, professeure, Faculté des sciences  
infirmières de l'Université Laval*

*M<sup>me</sup> Andrée-Anne Bérubé, étudiante*

## L'ANNÉE 2014 A DÉBUTÉ SOUS LE SIGNE DE LA RECHERCHE!

La Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval a eu le plaisir d'accueillir pour une série de conférences, du 8 au 11 janvier, la professeure Tiny Jaarsma, infirmière, professeure à la Faculté des sciences de la santé à l'Université de Linköping en Suède et chercheuse de renommée dans le domaine de l'insuffisance cardiaque.

L'invitation du D<sup>re</sup> Jaarsma a été possible grâce à la collaboration établie avec elle dans le projet « Les autosoins dans le contexte de l'insuffisance cardiaque : de la mesure à l'intervention », développé au sein de l'IUCPQ sous la coordination de M<sup>me</sup> Julie Francoeur, inf. IPS de l'IUCPQ et de M<sup>me</sup> Maria Cecilia Gallani, inf. Ph.D., professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et de collaborateurs.

Transmis par visioconférence, le premier rendez-vous scientifique avec D<sup>re</sup> Jaarsma a été présenté en partenariat avec le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) qui subventionne une partie du projet de M<sup>me</sup> Francoeur et du D<sup>re</sup> Gallani. Cette visioconférence était composée d'un auditoire d'infirmières et d'infirmiers, provenant de 19 milieux de la santé de la région de la Capitale-Nationale, incluant l'IUCPQ, ainsi que de deux universités au Brésil.

Entre les activités de D<sup>re</sup> Jaarsma, on souligne la visite faite à l'IUCPQ, surtout le Service de cardiologie (unité coronarienne, 3<sup>e</sup> soins intensifs, unité de soins et bien évidemment, la clinique d'insuffisance cardiaque) ainsi que le groupe de recherche de D<sup>re</sup> Gallani au CRIUCPQ. Pendant le séjour de D<sup>re</sup> Jaarsma, les opportunités d'échange avec les infirmières en pratique clinique œuvrant dans le domaine de l'insuffisance cardiaque ont été également privilégiées. Les discussions portaient sur le rôle infirmier auprès de cette clientèle dans le développement et l'évaluation d'interventions novatrices pour promouvoir les autosoins, l'approche au patient et de sa famille ainsi que le besoin d'intégrer le concept de qualité de vie à ces approches.

Cette visite a permis de renforcer les liens de collaboration entre l'académie et le milieu clinique par le biais de la recherche – le chemin incontournable pour l'amélioration de l'efficacité et qualité de nos interventions infirmières!

*Maria Cécilia Gallani, Inf. Ph.D., professeure titulaire  
Faculté des sciences infirmières – Université Laval*

## LE COURRIER DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

À CHAQUE PARUTION DU JOURNAL DE L'INSTITUT, L'ÉQUIPE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI) RÉPOND À VOS QUESTIONS. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS PAR RAPPORT À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS, NOUS VOUS INVITONS À NOUS LES FAIRE PARVENIR PAR COURRIER INTERNE À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS OU BIEN À L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE : HOPITALLAVAL.DSI-PREVENTION-DES-INFECTIONS@SSSS.GOUV.QC.CA

**Question 1 :** « Pourquoi les usagers transférés directement d'un centre à risque élevé (ou ceux ayant été hospitalisés dans un centre à risque élevé au cours quatorze derniers jours) sont-ils placés en isolement préventif aussi longtemps? »

**Réponse 1 :** Les centres hospitaliers identifiés « à risque élevé » sont ceux qui sont aux prises avec une écloison d'ERV ou ceux aux prises avec une transmission soutenue de bactéries multirésistantes (incluant l'ERV). Puisque que la colonisation du ERV est longue, il est nécessaire de dépister ces usagers pour le SARM et l'ERV à l'admission, puis pour l'ERV quatorze jours suivant le transfert. En effet, si l'usager a ingéré la bactérie ERV lors de sa dernière journée d'hospitalisation au centre à risque élevé, cela peut prendre jusqu'à quatorze jours avant qu'il ne soit détectable à l'écouvillonnage rectal. Les précautions additionnelles de type « contact/renforcées » seront cessées si les analyses d'ERV sont négatives au quatorzième jour suivant le transfert. La liste des centres à risque élevé est quotidiennement mise à jour et affichée au babillard de l'intranet.

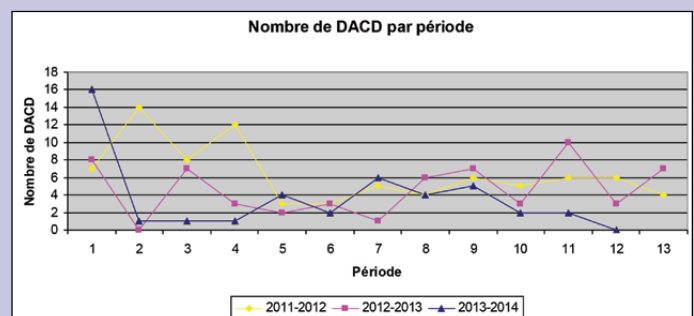
**Question 2 :** « Quels sont les constats que vous tirez suite à l'écloison d'ERV en avril dernier? »

**Réponse 2 :** Suite à l'analyse de l'écloison, il est possible d'affirmer qu'un seul usager est à la source de l'écloison majeure d'ERV. Ce dernier avait été hospitalisé en Floride dans les deux semaines précédant son admission à l'IUCPQ. Le résultat positif d'ERV a été confirmé en culture 72 heures après son admission puisqu'à l'époque, le test de laboratoire PCR ERV n'était pas introduit dans l'établissement. Cet usager avait malheureusement déjà contaminé trois autres usagers. Ceux-ci ont propagé l'écloison sur d'autres unités de soins. Voici le portrait de l'écloison : huit cas ont été découverts au 3<sup>e</sup> SI, six cas au 3<sup>e</sup> PC, deux cas au 3<sup>e</sup> ND, 39 cas au 7<sup>e</sup> PC (principalement dans la cohorte de *Clostridium difficile*), onze cas au 6<sup>e</sup> PC et quatre cas au 6<sup>e</sup> SIR, pour un total de 70 cas d'acquisition nosocomiale. Pour chacun de ces usagers, on comptait jusqu'à trois contacts étroits, tout dépendant de la chambre d'acquisition et des salles de bain communicantes. Les contacts étroits ont été isolés pendant quatorze jours. Cette situation a entraîné une augmentation des transferts intrahospitaliers afin d'assurer un contrôle rapide de l'écloison d'ERV tout en maintenant l'accessibilité aux lits. Les équipes cliniques et l'équipe d'hygiène et salubrité ont été particulièrement impliquées

au quotidien tout au long de l'écloison. Entre le 6 mai et le 28 juillet, le Service d'hygiène et salubrité a observé une hausse de 365 % du nombre de désinfections par rapport à l'année précédente. Face à l'ampleur de l'écloison, plusieurs actions ont été réalisées : des formations ciblées à chacune des unités de soins, la création d'une cohorte ERV au 7<sup>e</sup> PC, le déplacement de la cohorte de *C. Difficile* du 7<sup>e</sup> PC vers le 6<sup>e</sup> PC, l'introduction de la méthode de détection rapide de l'ERV (PCR ERV), la mise en place de dépistages d'ERV systématiques en fonction du risque de l'unité de soins et la modification du formulaire de dépistage des bactéries multirésistantes à l'admission. Grâce à votre excellent travail d'équipe réalisé quotidiennement auprès des usagers, l'écloison d'ERV a été contrôlée.

L'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) tient à féliciter tout le personnel de l'Institut pour sa collaboration efficace à la lutte aux infections nosocomiales. En effet, grâce au travail exceptionnel de tous ceux qui œuvrent au sein de l'établissement, tous les codes d'alerte (TIN) à l'interne ont été cessés depuis le vendredi 8 mars. Afin de maintenir la situation, votre coopération est essentielle et demeure primordiale.

Par exemple, voici un tableau relatant quelques résultats sur la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD). Depuis la période 9 de l'année en cours, une tendance à la baisse est observée. Cette diminution correspond à la mise en place d'un projet novateur de l'Institut, soit le dépistage des usagers asymptomatiques porteurs de *Clostridium difficile* qui, jusqu'à maintenant, s'avère être un succès grâce à vos efforts quotidiens.



Encore une fois MERCI!

L'équipe de PCI

# USAGERS, INTERVENANTS AU CŒUR DES SOLUTIONS!

## QU'EST-CE QUE LE LEAN?

UNE APPROCHE DE GESTION QUI OFFRE L'OPPORTUNITÉ DE RÉALISER DES PROJETS D'AMÉLIORATION AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT. SOUTENUE PAR DE LA FORMATION, ELLE OFFRE UNE MÉTHODOLOGIE ET LES OUTILS PERMETTANT D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS CIBLÉS PAR LES ÉQUIPES COMPOSÉES D'INTERVENANTS.

SON BUT EST D'AMÉLIORER NOS MÉTHODES DE TRAVAIL EN CONSACRANT DAVANTAGE DE TEMPS AUX ACTIVITÉS À VALEUR AJOUTÉE.

C'EST OFFRIR LE SERVICE REQUIS, AU MOMENT REQUIS, EN QUANTITÉ REQUISE, À LA BONNE PERSONNE ET PAR LA BONNE PERSONNE. UNE SOLUTION GAGNANTE POUR TOUS!

## UNE ÉQUIPE DE GESTION LEAN POUR CONSOLIDER NOS ACTIONS!



De gauche à droite : Claire Paquet, spécialiste en procédés administratifs, Véronique Tremblay, archiviste médicale, Philippe Perron Bélanger, conseiller en amélioration continue Lean, Sébastien Blais, coordonnateur – Optimisation des processus et de la performance, Cindy Levasseur, agente d'information Lean, Marie-Christine Rainville-Lajoie, conseillère stratégique en développement et en santé organisationnels et Pascale Duchesne, chargée de projets à la Direction des ressources humaines

Le programme Lean d'optimisation des processus s'inscrit dans les objectifs de l'IUCPQ. Il est soutenu financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a octroyé une subvention de 950 000 \$ pour les deux prochaines années.

L'équipe mise en place contribuera à l'implantation d'une culture d'amélioration continue au sein de l'établissement en offrant l'appui nécessaire à la réalisation des projets.

Pour ce faire, Sébastien gère, coordonne et intervient dans l'ensemble des activités Lean. Philippe assure un service-conseil en appuyant les responsables de projets dans la réalisation de leurs objectifs et Cindy joue un rôle-conseil en matière de communications, tout en contribuant au rayonnement des activités Lean.

Pascale et Marie-Christine, de la Direction des ressources humaines, accompagnent, outillent et soutiennent les équipes en gestion du changement tout en favorisant un climat de travail sain et harmonieux. Quant à Véronique et à Claire de la Direction générale, elles collaborent dans le développement d'outils et d'extraction de données soutenant la prise de décision.



Bernard Guérin, chef du Service de réadaptation, agent Lean

## LE LEAN, UNE EXPÉRIENCE À PARTAGER

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, LE SERVICE DE RÉADAPTATION DOIT FAIRE FACE À UN NOMBRE GRANDISSANT DE DEMANDES. MALGRÉ UNE RÉVISION DE LA PRATIQUE VISANT À SE CONCENTRER SUR LES INTERVENTIONS, POUR BERNARD GUÉRIN, CHEF DE SERVICE, ET POUR SON ÉQUIPE, LA CHARGE DE TRAVAIL ACTUELLE ÉTAIT UN INCITATIF AU CHANGEMENT.

« Nous avons reçu plus de 5700 requêtes. S'adapter aux réalités d'une clientèle vieillissante est un incontournable qui nécessite du temps. »

« Une analyse en profondeur de nos procédures et du processus de prise en charge des usagers était nécessaire. Sans savoir comment régler la situation, j'étais conscient du temps investi dans la gestion des priorités. L'approche Lean offrait une démarche structurée et mobilisatrice dans la recherche de solutions. »

« L'exercice de réflexion en équipe, le Kaizen, a permis aux participants de cibler un outil Lean qui répondait à nos besoins, le Kanban. Développé et adapté à notre réalité, il facilite la gestion des priorités, il évite les doublons, il identifie les demandes hors délais et la charge de travail des différentes équipes, et ce, tout en favorisant l'entraide et la motivation. Implanté temporairement, il sera officiellement intégré au mobilier du département. »

L'IMPORTANCE D'EFFECTUER LES DEMANDES AU BON MOMENT ET DE DIMINUER LES DÉPARTS PRÉCIPITÉS PRÉVISIBLES DEMEURE ESSENTIELLE. FAVORISER UN PATIENT PLUS QU'UN AUTRE EST UN CERCLE SANS FIN QUI ENGENDRE UNE RÉACTION EN CHAÎNE DIFFICILE À GÉRER.

« La nouvelle requête de services professionnels et la rétroaction sont en processus d'implantation. Grâce à l'information complète, nous pourrons : effectuer une meilleure gestion des priorités, fournir des délais clairs et informer les référents du traitement de leurs demandes. Le logiciel GAP utilisé pour la compilation de statistiques nous permettra de gérer la liste d'attente et d'y accéder de partout. »



Kaban temporaire

JAMAIS JE N'AURAIS PU ESPÉRER  
AUTANT DE RÉSULTATS!  
AVEC UN PROJET RÉALISÉ À 60 %, EN TROIS  
SEMAINES D'IMPLANTATION, NOUS AVONS  
90 HEURES DE GAINS ET TRAITÉ 40 PATIENTS  
SUPPLÉMENTAIRES TOUT EN RÉDUISANT  
LE STRESS DE L'ÉQUIPE!  
AVEC LE LEAN, TOUT LE MONDE Y GAGNE,  
NOS USAGERS ET NOS ÉQUIPES!  
— BERNARD GUÉRIN



« Je trouvais intéressant de participer à la réflexion Lean du Service de réadaptation. Les opinions des intervenants sont sollicitées dans la recherche de solutions. C'est motivant de nous exprimer, de prendre part aux décisions et d'avoir l'appui de la direction. Présenter notre démarche à nos collègues était un échange constructif pour consolider nos solutions et faire évoluer l'implantation du Kanban. C'est beaucoup de changements, une réunion par semaine permet de répondre aux questions. »

« Je savais qu'il y aurait du changement positif, mais jamais autant! Aujourd'hui, l'énergie est mise sur le patient, lorsque l'on se parle entre intervenants de la réadaptation, ce n'est plus pour parler de la liste d'attente mais pour discuter de l'état des usagers. C'est une dynamique beaucoup plus constructive! »

*Josiane St-Pierre*  
ergothérapeute, santé respiratoire, obésité, soins palliatifs et de fin de vie



« Avant de participer au Kaizen, les concepts Lean étaient abstraits. Une fois dans l'action, j'ai vite compris. La première journée, c'est la prise de conscience, la deuxième, la recherche de solutions et la dernière journée, nous sommes dans l'application et la planification. C'est très efficace et nos idées sont implantées rapidement. Une expérience valorisante et constructive, qui demande de rester l'esprit ouvert! »

*Joan Bruneau*  
physiothérapeute, équipe de consultation gériatrique



« L'équipe Lean a trouvé des solutions qui ont uniformisé nos méthodes de travail et qui ont optimisé le fonctionnement du département. Avant, nous étions toujours sollicités. Il y avait toujours une priorité plus importante qu'une autre, ce qui générait des injustices. La pression et la frustration de ne pas avoir traité tous les patients étaient constantes. »

« Depuis l'arrivée du Kanban, la gestion est équitable. Le nouveau système de priorisation apporte d'énormes gains de temps et la pression a énormément diminué. Nous avons déjà d'autres idées de projets, c'est important de prendre du recul pour changer les choses. »

*Sofie St-Hilaire*  
ergothérapeute, médecine spécialisée



« J'étais curieuse et inquiète des idées qui nous seraient présentées. Malgré mes appréhensions, la sélection de mes collègues pour le kaizen me rassurait. Leurs valeurs, leurs personnalités et les différents secteurs étaient représentés. Je savais que je pouvais avoir confiance et que la démarche était sérieuse. »

« J'ai été très agréablement surprise par leurs idées. Les requêtes ne sont plus prises en charge par les intervenants et elles sont transmissibles uniquement par télécopieur. Nous avons arrêté de jouer aux gestionnaires, nous sommes redevenus cliniciens! Il faut faire confiance, laisser le temps aux solutions d'évoluer et de nous adapter. »

*Hélène Canuel*  
physiothérapeute, santé cardiovasculaire



## LES INTERVENANTS ET LEURS ÉQUIPES AU CŒUR DES SOLUTIONS!

À ce jour, treize intervenants de tous les milieux ont reçu une formation d'agent Lean afin de constituer la première cohorte de projets. Ils ont créé des équipes d'amélioration continue composées de personnel des secteurs ou des services concernés, et ce, dans le but de trouver des solutions d'optimisation. Le tableau ci-dessous dresse le portrait des projets en développement.

AGENTS LEAN	SERVICES / SECTEURS	PROJETS LEAN EN COURS   PREMIÈRE COHORTE
<b>Julie Perron</b> Hygiène et salubrité	Lingerie (blanc)	Processus de gestion des stocks et livraison sur les unités de soins du 4 <sup>e</sup> Est et 5 <sup>e</sup> PC
<b>Micheline Chamard</b> Direction des services professionnels	Direction des ressources humaines	Processus des libérations syndicales
<b>Bernard Guérin</b> Réadaptation	Réadaptation	Processus de prise en charge de la clientèle en réadaptation
<b>Isabelle Rivard</b> Archives médicales et secrétariats médicaux	Archives médicales	Processus de numérisation des dossiers médicaux
<b>Nancy Boily</b> Imagerie médicale	Médecine nucléaire	Optimisation de la trajectoire de services des patients
<b>Caroline Paquin</b> Direction de la recherche universitaire	Animalerie	Processus de nettoyage des cages des petits animaux
<b>Isabelle Simard</b> Direction des soins infirmiers – Secteur clinique	Direction de soins infirmiers	Processus de gestion des appareils de thérapie à pression négative
<b>Claudine Turcotte</b> 4 <sup>e</sup> Central Est	Électrophysiologie 4 <sup>e</sup> Est	Optimisation de la disponibilité des lits de la clientèle court séjour et standardisation du travail
<b>Élisabeth Robert</b> Urgence	Urgence mineure	Optimisation de la durée moyenne de séjour des patients ambulants
<b>Mélanie Lemelin</b> 2 <sup>e</sup> Notre-Dame – Chirurgie générale	Clinique de chirurgie bariatrique	Optimisation des processus à la clinique de rendez-vous
<b>Nathalie Poulin</b> Centre de soins de jour et endoscopie digestive	Clinique d'anticoagulothérapie	Optimisation de la trajectoire de la clientèle
<b>Claude Landry</b> Direction des programmes	Admission – Télésanté	Optimisation du processus d'ouverture de dossier à distance
<b>Sébastien Blais</b> Direction générale	Unité de gériatrie 3 <sup>e</sup> Notre-Dame	Optimisation de l'évaluation de dossier et collecte d'informations par l'équipe multidisciplinaire

DANS LE CADRE DU BULLETIN L'INSTITUT, QUI PARAÎT QUATRE FOIS PAR AN, NOUS VOUS PRÉSENTERONS LE PARCOURS DES PROJETS, LES RÉALISATIONS ACCOMPLIES ET LES EXPÉRIENCES VÉCUES. NOUS DONNERONS LA PAROLE À VOS COLLÈGUES QUI PARTAGENT VOTRE QUOTIDIEN, ET CE, TOUT EN VOUS INFORMANT DES NOUVEAUTÉS LEAN. NOUS VOUS INVITONS À NOUS LIRE AVEC INTÉRÊT. — CINDY LEVASSEUR, COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES, LEAN

## PRÉPARONS LA RELÈVE : JEUNES EXPLORATEURS D'UN JOUR

Depuis 2008, l'IUCPQ s'implique dans l'organisation des *Jeunes explorateurs d'un jour*. Ce programme, qui a lieu deux fois par année, a pour mission de faire connaître différentes professions stimulantes de la fonction publique aux élèves de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire. Ces derniers sont accueillis par des parrains au sein de l'organisation. L'activité permet d'aider plusieurs étudiants à effectuer une réflexion quant à leur choix scolaire et professionnel.

Les activités du 20 février et du 10 avril 2014 ont permis à 24 étudiants de découvrir les professions suivantes : cardiologue, diététiste, infirmier, inhalothérapeute, pharmacien, pneumologue, radiologiste et technicien en diététique.

Bravo à toutes les équipes qui ont collaboré! Les étudiants ont émis plusieurs commentaires positifs suite à leur passage à l'IUCPQ, votre implication ainsi que votre dynamisme ont été soulignés à plusieurs reprises.

Pour conclure, d'autres professions sont à explorer. Nous sommes donc à la recherche de gens intéressés à transmettre leur passion. Je vous invite à vous manifester à la Direction des ressources humaines. Nous pourrions ensemble, faire vivre d'autres expériences enrichissantes.

*Vicky Bouthillette*  
 Agente de gestion du personnel, DRH

# DEUX ERGOTHÉRAPEUTES OBTIENNENT LEUR MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE!

Deux ergothérapeutes œuvrant à l'Institut ont obtenu avec succès leur maîtrise professionnelle en ergothérapie en décembre dernier. Après trois ans d'études à l'Université Laval afin d'actualiser leurs connaissances dans ce domaine, Amélie Paquet et Julie Pouliot ont déposé leur essai consistant à un relevé de la littérature scientifique sur des sujets cliniques qui leur tiennent à cœur. Celles-ci ont rigoureusement scruté la recherche et elles ont pu faire une présentation à leur équipe de travail afin de proposer des recommandations en vue d'améliorer la pratique basée sur les données probantes en ce qui concerne leur sujet d'essai.

Amélie Paquet, qui s'est spécialisée sur les troubles de déglutition, a souhaité préciser la validité d'outils de mesure, notamment l'utilisation de la saturation d'oxygène pulsée en ce qui concerne la détection de l'aspiration silencieuse



chez les patients présentant de la dysphagie suite à un accident cérébrovasculaire.

Julie Pouliot, ergothérapeute reconnue pour son expertise auprès de la clientèle des programmes de cardiologie et de chirurgie cardiaque, s'est penchée, pour sa part, sur l'impact cognitif pour la personne âgée du pontage aorto-coronarien versus l'angioplastie coronarienne percutanée afin d'améliorer l'orientation des patients vers le traitement le plus approprié selon leur condition cognitive et fonctionnelle.

Nous souhaitons les féliciter pour leur travail exceptionnel et leur contribution considérable dans l'amélioration de la pratique. N'hésitez pas à communiquer avec elles pour de plus amples renseignements sur le fruit de leur travail!

*L'équipe de réadaptation*

## CHRONIQUE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

### RÉFLEXION SUR LA FIN DE VIE : UN LANGAGE À DÉFINIR

Que ce soit la médiatisation de la position de la Belgique à propos de l'euthanasie aux mineurs ou le dépôt du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, une discussion sur la question de la fin de vie est ouverte dans notre société.

Au quotidien, dans nos établissements de santé, plusieurs situations cliniques soulèvent des questionnements éthiques. Comment intervenir adéquatement face aux différentes demandes de l'utilisateur et de ses proches, et en particulier lorsqu'il s'agit d'une demande à mourir? Le vocabulaire utilisé pour en parler, qui en apparence semble élémentaire, se complexifie au fil des échanges.

En tant que professionnel de la santé, il est de notre responsabilité d'aider les patients ainsi que leur famille à clarifier leur compréhension des soins prodigués en fin de vie en donnant une information claire et précise. Il convient donc de bien saisir les nuances entre arrêt de traitement, sédation palliative, suicide assisté et euthanasie.

Être confronté à la mort est une épreuve difficile, tant pour les patients, pour les familles et même pour les intervenants en santé. Considérer la mort comme une étape naturelle de la vie et non comme un échec est un enjeu de société important.

Avant de soulever le moindre débat, la première étape est de définir les concepts-clés afin d'avoir un langage commun. Nous pourrions mieux échanger sur les enjeux par la suite.

Ce printemps, le comité d'éthique clinique vous propose un temps d'échange et de formation sur ce sujet. Un kiosque d'information se tiendra au Carrefour du pavillon Laval, le 30 avril prochain, entre 10 h 30 et 13 h 30. Venez y rencontrer les membres du comité d'éthique clinique pour vous familiariser avec la terminologie entourant le projet de loi no 52 – Loi concernant les soins en fin de vie. Vous pourrez y tester vos connaissances à l'aide d'un jeu-questionnaire. Un dîner-clinique aura également lieu le 4 juin 2014 et d'autres articles dans notre journal suivront.

*M<sup>me</sup> Isabelle Poirier*  
*Membre du comité d'éthique clinique de l'IUCPQ*



Centre

spiritualitésanté

de la Capitale-Nationale

## « HEUREUX PRINTEMPS! »

*La nature vit, meurt, se renouvelle au rythme des saisons qui se succèdent. Nous connaissons, nous aussi, dans notre vie personnelle, une alternance des saisons. Tantôt, nous nous sentons en « été », remplis d'entrain et de dynamisme renouvelés. Tantôt, nous expérimentons « l'automne »; période plus sombre, plus obscure. Le moral est à la baisse, on a moins le goût de s'investir et de s'extérioriser. Tantôt, nous nous retrouvons en plein « hiver »; le besoin de « chaleur » (présence réconfortante, tendresse, écoute,...) se fait criant. L'expérience de la froidure, du sans vie et des journées noires paralyse notre énergie et nous met en situation de « cocooning », de retrait, d'isolement, d'enfermement.*

*« **Heureux printemps!** » Heureux printemps qui nous invite à ne pas nous habituer au « gel » dans notre vie; à ne pas nous isoler, ni à nous contenter de peu. Nous sommes faits pour « vivre », pour vivre pleinement. Nous pouvons aspirer à ce qu'il y a de meilleur pour nous et pour notre monde. Nous sommes invités à croire que les temps sombres et froids de notre vie vont bientôt céder la place à la clarté et à la chaleur.*

*« **Heureux printemps!** » Heureux printemps dans notre vie où la « sève » se réactive, où l'espérance renaît, où la joie ensoleille à nouveau notre existence. Nos sources de chaleur bienfaisante ne sont pas loin et se révèlent accessibles. Il suffit parfois de poser un simple geste pour nous retrouver en leurs présences et « dégourdir » du gel. Oser sortir, nous relever, faire face à de nouveaux défis, réinvestir dans la vie, goûter ces beaux moments et propager autour de nous les « fruits » de cette vitalité créative. Voilà qui témoigne d'une bonne santé intérieure, d'une bonne santé spirituelle, quelque soit la saison.*

*Je nous laisse avec ces paroles d'Angèle Arsenault, décédée récemment : « Je veux toute la vivre ma vie! » **Heureux printemps à toutes et tous!***

Jean-Marc Fournier, ptre  
Intervenant en soins spirituels

## JE VEUX TOUTE LA VIVRE MA VIE

Angèle Arsenault

{Refrain:}

*Je veux toute toute toute la vivre ma vie*

*Je ne veux pas l'emprisonner*

*J'la veux toute toute toute, pas juste des p'tits bout's*

*Je veux toute toute toute la vivre ma vie*

*Laissez-moi donc faire si je saute en l'air*

*Laissez-moi exagérer*

*Laissez-moi rire si j'ai envie de rire*

*Mais laissez-moi me tromper*

*Laissez-moi pleurer si j'ai du chagrin*

*Laissez-moi me relever*

*Laissez-moi vous quitter au petit matin*

*Mais laissez-moi vous aimer*

*Laissez-moi visiter tous les pays*

*Laissez-moi me promener*

*Laissez-moi choisir ma sorte de vie*

*Mais laissez-moi la trouver*

*Laissez-moi le droit de changer ma vie*

*Laissez-moi recommencer*

*Laissez-moi aller au bout de ma folie*

*Mais laissez-moi m'arrêter*

*Laissez-moi partir si je veux m'en aller*

*Laissez-moi couper tous les liens*

*Laissez-moi même vous abandonner*

*Mais laissez-moi trouver mon chemin*

*Laissez-moi crier si j'ai envie de crier*

*Laissez-moi me défouler*

*Laissez-moi tranquille, laissez-moi, laissez-moi*

*Mais laissez-moi exister*

Suite à la page suivante

## SOINS SPIRITUELS CHEZ NOS AÎNÉS, UN ACCOMPAGNEMENT TOUT EN MUSIQUE

Ayant sorti ma guitare durant la période des fêtes, l'équipe de gériatrie et de soins palliatifs m'a demandé s'il était possible de créer d'autres moments où le chant pourrait être présent auprès des usagers. Sachant que pour plusieurs personnes, la musique est souvent une porte d'entrée qui permet d'avoir accès à soi-même, à son histoire, à ses sources et ressources, j'ai accepté l'aventure. Ainsi, depuis la mi-février, des ateliers spirituels sont proposés le mercredi à 14 h aux usagers du 3<sup>e</sup> Notre-Dame.

L'usager et ses proches ont donc rendez-vous tout au bout du département, dans notre salle multiusage. Chaque personne est d'abord accueillie intégralement, selon sa situation: soit de rétablissement de santé, soit d'adaptation face aux nouvelles limites, soit de nécessité d'une relocalisation ou encore dans un contexte de fin de vie. Les proches peuvent bien sûr y participer avec les leurs.

À chaque semaine, une thématique différente<sup>1</sup> est proposée, avec son programme de **chants**, ses **allégories thérapeutiques** et ses **réflexions**. L'activité permet d'accompagner et de soutenir moralement l'expérience spirituelle personnelle, le questionnement existentiel et la quête de sens des personnes présentes. Pour certains, c'est le passage de la solitude à la solidarité.

*Dans le contexte de l'hospitalisation, c'est pour moi une occasion de mieux situer et d'évaluer de quelle manière la dimension spirituelle et religieuse aide l'usager dans son vécu, et s'intègre à l'ensemble des soins.*

*Le partage d'idées, la collaboration et la complicité des intervenants, du personnel de soins et de soutien, de bénévoles et l'appui concret de notre chef d'unité font en sorte que cette activité se greffe à la vie de l'unité.*

*Les sourires partagés avec les usagers et leurs proches nous incitent à poursuivre l'expérience. Déjà, un usager nous a proposé un thème qui sera réalisé sous peu. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements, mais les idées continuent de foisonner : aménagement adapté, ambiance, matériel, etc.*

*Ces rendez-vous créent un espace d'écoute, de partage et de réconfort. Ils donnent la chance de dire que même nos impasses, nos zones d'ombre, nos angles morts peuvent devenir des lieux de fécondité. Ce sont là quelques fruits des soins spirituels.*

Alain Dompierre

Intervenant en soins spirituels

<sup>1</sup> Thèmes déjà réalisés : « Du goût à ta vie », « Prends le temps », « Se tenir au chaud », « Temps de désert, tant de questions ». Thèmes à venir : « Il était un petit navire : Mes passages », « Communiquer », « La paix intérieure », « De chenille à papillon ou pour mieux s'accomplir », « Des images pour se dire... », etc.

# DÉCOUVRIR, POUR PRÉVENIR, POUR GUÉRIR.



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

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ  
LAVAL

## LA RECHERCHE À L'INSTITUT

VOUS SOUHAITEZ PARTAGER UNE  
NOUVELLE? COMMUNIQUEZ AVEC :

CYNTHIA GRENIER

Communications et relations publiques,  
poste 4932,  
IUCPQ@ssss.gouv.qc.ca

## SUIVI DES TRAVAUX D'AGRANDISSEMENT

### Phase 3C

Située au nord du pavillon Marguerite-D'Youville, la construction des nouveaux espaces pour la recherche clinique va bon train. Le tout devrait être complété au cours de l'été.



Financé en partie par le MESRST

# DÉCOUVRIR, POUR PRÉVENIR, POUR GUÉRIR.



Financé en partie par le MESRSST et la Fondation IUCPQ

## Phase 4

Elle se déroulera en deux étapes. La première correspond au réaménagement de l'ancienne chapelle (Y3255) pour y construire des laboratoires de recherche. Ces travaux ont débuté en février et se poursuivront jusqu'à l'automne. Quant à la deuxième étape, débutée en avril, elle consistera en l'ajout de deux étages au-dessus du stationnement intérieur. Des appareils d'imagerie médicale à la fine pointe de la technologie de même que des laboratoires y seront intégrés.

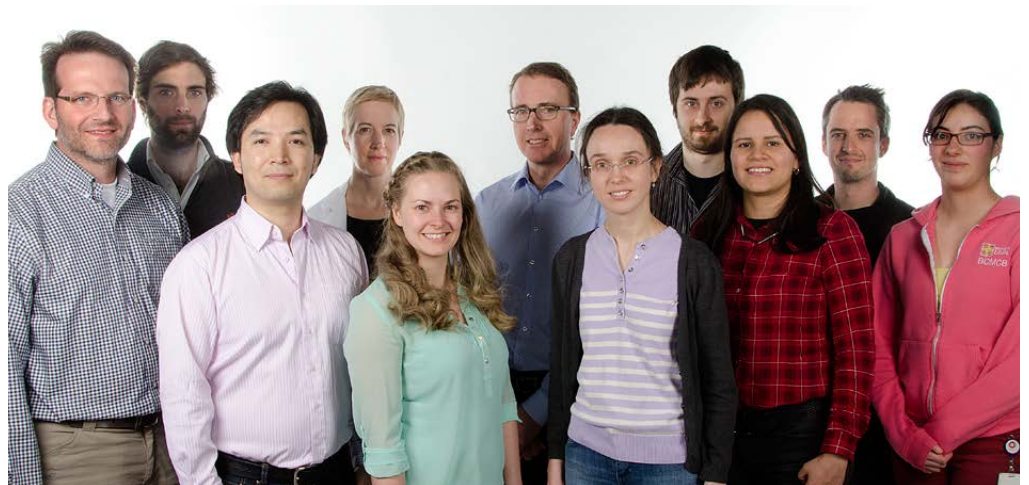
## CONCOURS DE BOURSES DU CENTRE DE RECHERCHE

Depuis plus de dix ans, la Direction de la recherche universitaire offre un programme de bourses aux étudiants inscrits à la maîtrise, au doctorat ou à un stage postdoctoral. Ce programme est offert aux étudiants ne bénéficiant pas d'une bourse d'un organisme subventionnaire et il a lieu sous forme de concours. Les étudiants doivent soumettre leur curriculum vitae, leurs relevés de notes et une demande décrivant leur projet de recherche. Les dossiers sont ensuite analysés par deux comités scientifiques.

Cette année, les comités évaluateurs étaient composés, pour le groupe des étudiants au doctorat et au postdoctorat, des docteurs Benoît Drolet, Julie Milot et Frédéric Picard. Les dossiers du groupe des étudiants à la maîtrise fut, quant à lui, analysé par les docteurs Marie-Renée Blanchet, Mathieu Laplante et Patrick Mathieu.

Quarante-huit demandes ont été étudiées et les bourses ont été décernées aux étudiants figurant dans le tableau ci-contre :

Toutes nos félicitations aux récipiendaires!



De gauche à droite : D<sup>r</sup> Benoît Drolet, François Potus, Abulajiang Maihemuti, D<sup>r</sup> Julie Milot, Natasha Dargis, D<sup>r</sup> Patrick Mathieu, Iga Sazonova, Maxime Lamontagne, Sandra Gouaque-Olarte, D<sup>r</sup> Mathieu Laplante et Emilie Bernatchez.

Étaient absents lors de la photo : D<sup>r</sup> Marie-Renée Blanchet, D<sup>r</sup> Frédéric Picard, Laetitia Bonifait, Jérôme Laflamme, Éric Rousseau et Louis Laflamme.

Étudiants	Directeurs d'études
Laetitia Bonifait	D <sup>r</sup> Caroline Duchaine
Sandra Gouaque-Olarte	D <sup>r</sup> Yohan Bossé
Abulajiang Maihemuti	D <sup>r</sup> Patrick Mathieu
Olga Sazonova	D <sup>rs</sup> Philippe Joubert et Yohan Bossé
Émilie Bernatchez Maxime Lamontagne	D <sup>rs</sup> Marie-Renée Blanchet et David Marsolais, D <sup>r</sup> Yohan Bossé
François Potus	D <sup>r</sup> Sébastien Bonnet
Jérôme Laflamme	D <sup>r</sup> Josep Rodés
Éric Rousseau	D <sup>r</sup> Frédéric Sériès
Natasha Dargis	D <sup>r</sup> Yohan Bossé
Louis Laflamme	D <sup>r</sup> Josep Rodés

## REVUE *ATHEROSCLEROSIS*

### DES PROBLÈMES CARDIOVASCULAIRES LATENTS CHEZ DE JEUNES ADULTES APPAREMMENT EN BONNE SANTÉ



D<sup>r</sup> Éric Larose

L'équipe dirigée par le D<sup>r</sup> Éric Larose a scruté 425 personnes de 18 à 35 ans, non obèses et apparemment en bonne santé, sous différentes coutures : mesures anthropométriques, pression artérielle, profil lipidique et taux de glucose. Ces indicateurs, couramment utilisés par les médecins pour établir le risque de diabète ou de maladie cardiovasculaire d'un patient, étaient en deçà des limites normales pour tous les participants. « Selon

ces paramètres, nos sujets présentaient un risque cardiometabolique faible », souligne le D<sup>r</sup> Larose.

Les chercheurs ont creusé un peu plus loin en quantifiant l'abondance de tissus adipeux dans différentes parties du corps des participants grâce à un appareil d'imagerie par résonance magnétique. Les données montrent que l'abondance de tissu adipeux viscéral est en lien direct avec les marqueurs de risque cardiometabolique, même chez les jeunes sans surplus de poids.

Les graisses viscérales sont le fruit de mauvaises habitudes alimentaires et de sédentarité. Cette adiposité viscérale « cachée » ne se manifeste pas nécessairement sur le pèse-personne, mais elle provoque une élévation « sub-clinique » des marqueurs de risque. « Comme médecin, on voit ces jeunes et on ne détecte rien. De leur côté, ils ont l'impression que tout va bien, même s'ils n'ont pas une saine alimentation et qu'ils ne font pas les 150 minutes d'activité physique prescrites par semaine. Notre étude montre qu'ils accumulent de l'adiposité viscérale et que le risque qui pèse sur eux augmente. », a indiqué le D<sup>r</sup> Larose.

*L'étude a été menée par Élianne De Larochellière, Julie Côté, Karine Bibeau, Marie-Kristelle Ross, Véronique Dion-Roy, D<sup>r</sup> Philippe Pibarot, D<sup>r</sup> Jean-Pierre Després et D<sup>r</sup> Éric Larose, de la Faculté de médecine et du Centre de recherche de l'UICPQ, et par Guillaume Gilbert, de Philips Healthcare Canada.*

Source : Université Laval

## L'INSTITUT, LE GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE ET GÉNOME QUÉBEC : DES ALLIÉS

*Extrait du blogue « Combiner la génétique à l'action en prévention : la petite histoire d'une alliance naturelle pour l'Institut, le Grand Défi Pierre Lavoie et Génome Québec. », mis en ligne le 25 février 2014, au [legdpl.com](http://legdpl.com)*



D<sup>r</sup> Jean-Pierre Després

« [...] Afin de lancer officiellement ce partenariat [entre l'Institut, le Grand défi Pierre Lavoie et Génome Québec], nous avons organisé, les 13-14 février derniers, le tout premier *Symposium international génomique et prévention en santé personnalisée* qui s'est tenu au Centre des sciences de Montréal. Ce symposium nous a permis d'inviter les plus grands experts internationaux du domaine de la génétique et nous les avons fait interagir avec

les spécialistes du mode de vie et de la prévention par l'alimentation et l'activité physique. [...]

Le défi est de taille, mais le succès de ce premier congrès, l'enthousiasme qu'il génère de la part des milieux politique et scientifique et la volonté des partenaires impliqués laissent présager des actions concrètes non seulement pour la création du savoir dans le domaine de la médecine préventive personnalisée, mais également pour son transfert rapide vers la population. Longue vie au partenariat entre le Grand défi Pierre Lavoie et Génome Québec! Ils pourront compter sur l'appui enthousiaste de notre équipe à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec! »

*Par Jean-Pierre Després, Ph. D.*

*Directeur de la recherche en cardiologie*

## D<sup>r</sup> JEAN-PIERRE DESPRÉS NOMMÉ GRAND QUÉBÉCOIS 2014

S'étant distingué dans le domaine de la santé, le D<sup>r</sup> Jean-Pierre Després a été nommé Grand Québécois 2014 par la Chambre de commerce et d'industrie de Québec. Il a reçu cet honneur au côté du directeur général du Musée de la civilisation, Michel Côté (culture), du président de Groupe Desgagnés, Louis-Marie Beaulieu (économie) et de l'ancien recteur de l'Université Laval, Michel Gervais (social). Ces personnalités ont été officiellement honorées lors du 26<sup>e</sup> Gala des Grands Québécois le 4 avril dernier. Depuis sa création en 1989, l'Académie des Grands Québécois a souligné le mérite de 90 personnes influentes et engagées dans la région.

# DÉCOUVRIR, POUR PRÉVENIR, POUR GUÉRIR.

## FÉLICITATIONS!



### JOLYANE MELOCHE

Pour une deuxième année consécutive, Jolyane Meloche a remporté le *International Early Career Physiologist Travel Award*. Ce prix est décerné aux meilleurs étudiants, hors États-Unis, ayant obtenu la meilleure évaluation pour un résumé scientifique accepté pour une présentation au congrès international *Experimental Biology*. M<sup>me</sup> Meloche fait partie de l'équipe de D<sup>r</sup> Sébastien Bonnet, de la Chaire de recherche du Canada en pathologie vasculaire. Elle est actuellement doctorante à la Faculté de médecine de l'Université Laval, en médecine expérimentale.

M<sup>me</sup> Jolyane Meloche



### JEAN CHRISTOPHE BÉRUBÉ

Il a remporté le prix de la meilleure présentation orale lors de la rencontre annuelle du regroupement stratégique MPOC du Réseau en santé respiratoire du FRQS qui avait lieu à Montréal les 7 et 8 février derniers. M. Bérubé est actuellement inscrit au programme de doctorat en médecine expérimentale à l'Université Laval. Ses travaux de recherche en génomique des maladies respiratoires se déroulent ici sous la supervision des D<sup>rs</sup> Yohan Bossé et Michel Laviolette.

M. Jean-Christophe Bérubé

## NOUVEAU RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ RESPIRATOIRE

### TROIS CHERCHEURS DE L'INSTITUT UNISSENT LEURS FORCES AUX MEILLEURES ÉQUIPES CANADIENNES

D<sup>r</sup> François Maltais, D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet et D<sup>r</sup> Yohan Bossé font partie du nouveau Réseau canadien de recherche en santé respiratoire des IRSC. Regroupant les meilleurs scientifiques du pays, il réunira un vaste groupe de chercheurs et d'intervenants s'intéressant à la recherche fondamentale, aux essais cliniques, aux systèmes et aux services de santé ainsi qu'à la santé des populations. Le réseau permettra de générer de nouvelles connaissances, d'approfondir notre compréhension de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de combler l'écart entre la recherche et les résultats sur la santé. Le but? Mettre en application les résultats de la recherche, innover dans les soins de santé et, par conséquent, améliorer la santé de la population canadienne.



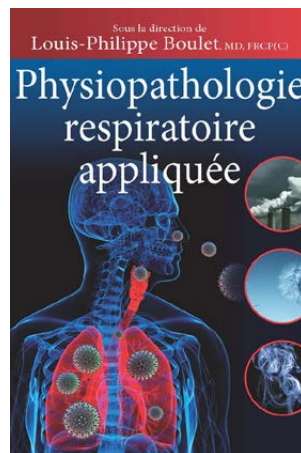
D<sup>r</sup> François Maltais



D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet



D<sup>r</sup> Yohan Bossé



### PREMIER OUVRAGE AUX VISÉES CLINIQUES

### PHYSIOPATHOLOGIE RESPIRATOIRE APPLIQUÉE

Trois millions de Canadiens souffrent de maladies respiratoires que sont l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le cancer du poumon, la tuberculose et la fibrose kystique. Afin de bien comprendre comment les évaluer, les prévenir et les traiter, il importe de connaître les mécanismes de développement et les phénomènes associés à leur persistance ou à leur progression. C'est donc précisément ce que vise le livre rédigé par le D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet et son équipe.

« Il n'existait aucun ouvrage ayant une visée clinique sur le sujet. Désormais, les professionnels de la santé intéressés aux maladies respiratoires pourront s'y référer dans leur pratique courante. En effet, il rassemble les notions de base essentielles à la compréhension de la physiopathologie des affections du système respiratoire », a fait savoir D<sup>r</sup> Boulet.

## REVUE *METABOLISM*

### LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ABaisse DE PLUS DU TIERS LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE DES PERSONNES SOUFFRANT D'OBÉSITÉ MORBIDE



Dr Paul Poirier

L'intervention chirurgicale qui permet aux obèses morbides de perdre beaucoup de poids en peu de temps ne fait pas sentir ses effets uniquement sur la balance. Elle abaisse le risque de maladie cardiovasculaire de plus du tiers, rapporte une équipe du Centre de recherche de l'Institut dans un récent numéro de la revue *Metabolism*. Les chercheurs ont suivi pendant douze mois un groupe de 73 personnes qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'Institut.

En un an, les participants de l'étude ont perdu 52 kilos, dont 43 kilos de masse adipeuse. Leur indice de masse corporelle (IMC), qui était de 50, a chuté à 31. Ces changements se sont répercutés sur les différents indicateurs de santé métabolique. Le taux de glucose sanguin, la résistance à l'insuline, le profil des lipides sanguins, la pression artérielle et les indices d'inflammation ont tous connu une embellie.

Selon les calculs des chercheurs, le risque de maladie cardiovasculaire sur un horizon de dix ans a ainsi diminué de 43 % pour les femmes et de 33 % pour les hommes. « Aucune pilule ne permet d'obtenir de tels résultats », souligne le responsable de l'étude, Dr Paul Poirier, cardiologue.

*L'étude est signée par Marie-Ève Piché, Julie Martin, Dr Katherine Cianflone, Marjorie Bastien, Dr Simon Marceau, Dr Simon Biron, Dr Frédéric-Simon Hould et Dr Paul Poirier.*

Source : Université Laval

## REVUE *BRITISH JOURNAL OF NUTRITION*

### CERTAINS PROBIOTIQUES POURRAIENT AIDER LES FEMMES À PERDRE DU POIDS



Dr Angelo Tremblay

Certains probiotiques pourraient aider les femmes à perdre du poids et à le maintenir, selon une étude publiée récemment dans la revue *British Journal of Nutrition* par une équipe de chercheurs supervisée par le Dr Angelo Tremblay, chercheur au Centre de recherche de l'IUCPQ, dans l'axe de recherche obésité-métabolisme. Les chercheurs ont recruté 125 hommes et femmes présentant un surplus de poids. Ils les ont soumis à un régime amaigrissant

de douze semaines, suivi d'une période de douze semaines visant le maintien du poids. Durant toute cette période, la moitié des participants devait avaler quotidiennement deux comprimés d'un probiotique de la famille des *Lactobacillus rhamnosus* alors que l'autre moitié recevait un placebo.

Ainsi au terme des 24 semaines qu'a duré l'étude, la perte de poids était deux fois plus grande chez les femmes consommant le probiotique (5,2 kg vs 2,6 kg pour le groupe placebo). Les chercheurs ont également noté chez ces dernières une baisse de leptine, une hormone qui gouverne l'appétit, de même qu'une diminution de l'abondance relative de bactéries intestinales liées à l'obésité. Chez les participants masculins de l'étude cependant, aucune différence dans la perte de poids n'a été observée entre les deux groupes.

*L'étude du Dr Angelo Tremblay est cosignée par Marina Sanchez, Jean Doré, Dr Vicky Drapeau, Dr André Marette, Geneviève Chevrier et Emmanuelle St-Amand ainsi que neuf chercheurs du Centre de recherche Nestlé à Lausanne.*

Source : Université Laval



Dr Denis Richard

## Revue *Trends in Endocrinology and Metabolism*

### UN ARTICLE DANS LE TOP 10!

L'article intitulé « Understanding the brown adipocyte as a contributor to energy homeostasis » de l'équipe du Dr Denis Richard se classe parmi les dix articles favoris du comité éditorial de la revue *Trends in Endocrinology & Metabolism* pour 2013. Félicitations!





## LAISSEZ PARLER VOTRE COEUR. DONNEZ.

### LA PREMIÈRE CAMPAGNE MAJEURE DE LA FONDATION EST LANCÉE

La campagne majeure de financement de la Fondation a pour objectif d'amasser 30 M\$. La contribution de la Fondation est essentielle puisqu'elle générera près de 70 M\$ d'investissement en vue de réaliser cinq projets porteurs pour l'Institut, le tout au bénéfice de la population du centre et de l'est du Québec.

Ces projets sont :

1. Des salles d'intervention spécialisée en cardiologie
2. Le Centre du savoir
3. Le développement et le soutien de la recherche
4. Le laboratoire régional des troubles respiratoires du sommeil
5. Le fonds dédié en prévention et en réadaptation

Le lancement de la campagne a été fait le 13 février dernier à l'auditorium du pavillon Marguerite-d'Youville. À cette occasion, les gouverneurs et les membres du cabinet qui forment une équipe de très haut calibre ont été présentés. La première entreprise à avoir laissé parler son cœur et à donner le coup d'envoi à cette campagne a été Québecor avec un don de 2 M\$.

Pour en savoir plus sur la campagne, visitez le [laissezparlervotrecoeur.com](http://laissezparlervotrecoeur.com)

SEMAINE *Viens  
jaser avec  
nous!*  
DE LA  
FONDATION



### SEMAINE DE LA FONDATION

Du 26 au 30 mai prochain, l'équipe de la Fondation vous invite à participer à la toute première édition de la Semaine de la Fondation. Afin de souligner l'implication et le soutien de l'ensemble du personnel de l'Institut envers la Fondation, une belle programmation a été pensée et sera offerte gratuitement à tous les employés. Au programme : conférence gratuite de Pierre Lavoie, tirage de prix de participation, activités de causerie au carrefour et autres surprises à venir. Participez en grand nombre et venez nous rencontrer.

*\*L'horaire complet des activités est disponible sur le site de la Fondation dans la section Activités/Activités de l'Institut.*

### PARTICIPATION DE L'INSTITUT AU GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE 2014

Pour une sixième année consécutive, cinq équipes de cyclistes de l'Institut vont participer au 1 000 km du Grand défi Pierre Lavoie qui se tiendra du 12 au 15 juin prochain.

Depuis le début, l'Institut est partenaire du Grand défi Pierre Lavoie puisque nous visons les mêmes objectifs en ce qui a trait à la prévention et à la promotion de saines habitudes de vie. C'est donc un privilège de participer à un événement « phare » pour le Québec qui contribue à mobiliser les enfants du Québec et leur famille autour de l'activité physique et de saines habitudes de vie.

Au cours des prochaines semaines, nos cyclistes vont multiplier les efforts pour mobiliser leurs pairs, restez à l'affût en visitant la page promotionnelle sur le site de la Fondation au [www.fondation-iucpq.org/activites/activites-de-l-Institut](http://www.fondation-iucpq.org/activites/activites-de-l-Institut).

#### VOICI LES CINQ ÉQUIPES QUI REPRÉSENTERONT L'INSTITUT :

##### Les Cardiométaboliques

Jean-Pierre Després, Laurent Després, Luc Crépault, Dimitri Pouliot-Morin, Audrey Samson et Francis Fréchette

##### Les chirurgiens cardiaques

Pierre Voisine, Claude Voisine, Éric Dumont et François Dagenais

##### Centre de recherche/Ciment Québec

Éric Paradis, Luc Papillon, Dominique Auger, Benoit Lachance, Denis Gagnon et Marie-Ève Boulay

##### La Fondation

Christian Lessard, François Amyot, Jacques Labrecque, André Provencher, Michel Authier et Jacques Boivin

##### Pneumologie et cardiologie

David Genest, Guy Fournier, Clément Létourneau, Cynthia Brouillard, Marilie Croteau et Louis-Simon Falardeau





## DÉJÀ... 15 ANS... HIER ENCORE CE N'ÉTAIT QU'UN PROJET EMBRYONNAIRE

Depuis quinze ans, l'Hôtellerie a permis d'héberger plus de 32 000 clients. Ce service est rendu possible grâce à une équipe de bénévoles qui travaillent de jour, de soir et de nuit, non seulement en accueillant les familles ou les usagers eux-mêmes, mais bien souvent en les écoutant avec empathie puisque certains d'entre eux vivent des situations difficiles. Rappelons que ce service d'hôtellerie a vu le jour au Collège Marguerite-d'Youville grâce aux Sœurs de la charité de Québec, avant d'être cédé à l'Institut. La mission de l'Hôtellerie est restée la même, soit d'accueillir et d'héberger à prix modique des personnes venant de l'extérieur de la région et devant séjourner à Québec en raison de soins médicaux ou d'hospitalisation d'un membre de leur entourage.

Le 20 novembre 2013, l'Hôtellerie a ouvert ses portes au personnel de l'Institut pour le sensibiliser sur l'importance d'avoir une telle infrastructure en nos murs. L'Hôtellerie est un service apprécié par sa clientèle et une source de financement importante pour la Fondation, soit plus de 100 000 \$ versés annuellement.

Sous la présidence d'honneur de M<sup>me</sup> Louise Cimon, directrice générale de la Fondation de 1984 à 2002, s'est tenue aussi le 20 novembre dernier une activité spéciale 15<sup>e</sup> anniversaire à l'auditorium du pavillon Marguerite-d'Youville. Le dévouement de quinze personnes bénévoles qui sont présentes depuis les débuts a notamment été souligné lors de cette soirée.



M<sup>me</sup> Louise Cimon, présidente d'honneur



1<sup>re</sup> rangée : Janine Morin, Lucienne Ouellet, Jeannine Langlais, Patricia Corriveau, Marielle Bédard et Denise Banville. 2<sup>e</sup> rangée : Monique Belzile, Ginette Langlois, Ginette Bourgoïn, François B.-Garon, Louise Savoie, Jean-Claude Lavoie et Robert Banville. À l'arrière : Jean Brown, trésorier du conseil d'administration de la Fondation IUCPQ, Luce Nadeau-Auger, généreuse donatrice à la Fondation et à l'Hôtellerie, Louise Cimon, présidente d'honneur de la soirée, et Nathalie Bélanger, responsable de l'Hôtellerie. Absentes sur la photo : Nicole Avon et Monique Drolet.

### L'HÔTELLERIE C'EST...

Plus de 70 bénévoles

Plus de 2 000 clients chaque année

Plus de 32 000 clients depuis 15 ans

Plus de 100 000 \$ remis à la Fondation annuellement



# ÉVÉNEMENTS DE LA FONDATION



FONDATION  
INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC



Au cœur de vos passions

DÉGUSTATION DE VINS RARES ET PRESTIGIEUX

VENDREDI 25 AVRIL 2014  
Centre des congrès de Québec

## AU CŒUR DE VOS PASSIONS

Adeptes de dégustations de vins rares, rejoignez-vous à nous, le **vendredi 25 avril** prochain dès 18 h pour la 11<sup>e</sup> édition de l'événement *Au cœur de vos passions*.

Sous la présidence d'honneur de **M. Régis Labeaume**, maire de la Ville de Québec, l'événement festif rassemblera près de 600 convives au Centre des congrès de Québec.

Rendez-vous incontournable de la communauté d'affaires de la région de Québec, de médecins et chercheurs de l'Institut ainsi que de partenaires de la Fondation, cette soirée haute en saveurs offre une ambiance décontractée et est une occasion de fraterniser tout en contribuant à une cause méritoire. La dégustation des vins prestigieux s'accompagne d'un repas d'inspiration asiatique tout aussi exquis!

Pour plus d'information : [fondation-iucpq.org/activites](http://fondation-iucpq.org/activites)



RÉGIS CÔTÉ  
ET ASSOCIÉS

RioTintoAlcan



## CYCLO-DÉFI DE QUÉBEC

M. David Veilleux, premier Québécois à avoir complété le *Tour de France*, a accepté la présidence d'honneur de l'édition 2014 du *Cyclo-Défi de Québec*, randonnée cycliste de la Fondation qui sera présentée le **dimanche 17 août**.

Trois parcours différents sont offerts :

50 km à une vitesse moyenne de 22 km/h

100 km à une vitesse moyenne de 25 km/h

160 km à une vitesse moyenne de 28 km/h

En fonction des parcours choisis, les cyclistes parcourront les régions de Portneuf et de Québec.

Visitez le site [CYCLODEFIQUEBEC.COM](http://CYCLODEFIQUEBEC.COM)  
pour en savoir plus!

Les frais d'inscription de 125 \$ par personne incluent un maillot aux couleurs de l'activité (port obligatoire), les services d'escorte, d'encadrement, de mécanique et de véhicule-balais. Les repas, les collations et les breuvages sont également inclus.

Relevez le défi! Venez rouler en groupe pour la Fondation!

Présenté par

En collaboration avec

## ACTIVITÉ AU PROFIT DE LA FONDATION

### DÉFI ENTREPRISES

Ce défi s'adresse aux entreprises qui souhaitent mobiliser leur personnel tout en contribuant à la mission de la Fondation IUCPQ.

Pendant douze semaines, les employés inscrits au défi doivent courir pour accumuler des kilomètres ou additionner des heures d'entraînement. Le **dimanche 1<sup>er</sup> juin**, lors d'un grand rassemblement, les équipes inscrites pourront ajouter à leur bilan un parcours de cinq ou de dix km ainsi que des périodes d'entraînement.

Pour une deuxième année, l'organisation Défi Entreprises s'engage à verser à la Fondation 1 \$ par 100 kilomètres parcourus ou par heure d'exercice effectuée par les entreprises participantes. Nouveauté cette année, les sympathisants d'une entreprise peuvent aussi encourager celle-ci en versant un don à la Fondation. L'entreprise ayant cumulé le don le plus élevé recevra un trophée offert par Défi Entreprises.

Inscription en ligne sur le site de la Fondation, section *Vos activités*.

# PENTATHLON DES NEIGES 2014 : DÉFI RELEVÉ!

VOICI CINQ DES ONZE ÉQUIPES QUI ONT DIGNEMENT REPRÉSENTÉ L'INSTITUT À LA 4<sup>e</sup> JOURNÉE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA 10<sup>e</sup> ÉDITION DU PENTATHLON DES NEIGES ORGANISÉ SUR LES PLAINES D'ABRAHAM, LE DIMANCHE 2 MARS. FÉLICITATIONS ET MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION!



Thierry Gaudet-Savard,  
Mathieu Bordeleau, Jean-  
Philippe Leconte, Patrick  
Maranda et Sébastien Cartier.



Les C-Difficile : Caroline Gagnon,  
Marie-Claude Roy, Geneviève Guèvremont,  
Christophe Lenglos et Lynne Genest.



SNPs en furie : Cyndi  
Henry, Émilie Lavoie-  
Charland, Maxime  
Lamontagne, Nathalie  
Dargis et Nathalie  
Gaudreault.



Le D-Cerf des Neiges : Richard Debigaré, Caroline Paquin,  
Éric Paradis, Denis Richard et Fanny Therrien.



Les Méliis-Mélos : Marc Rochon, Anne-Marie Lagacé,  
David Genest, Pascale Léger et Clément Létourneau.

Bravo à tous d'avoir relevé le défi!

*Cynthia Grenier*  
Communications et relations publiques